CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

N° 40

DES TUMEURS

DU LIGAMENT ROND

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Mai 1898

PAR

Melchior-Antoine RAYNAUD

Né à Dourgne (Tarn), le 18 septembre 1874

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE LILLE ET DE LA MATERNITÉ

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

ACAD.
LUGD. BAT.
BIBL.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

Ancien Hôtel de la Faculté des Sciences

M DCCC XCVIII

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON . . . . . DOYEN
HAMELIN (✻) . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Hygiène	MM. BERTIN-SANS.
Id. RAUZIER (Ch. du c.)	
Clinique médicale	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.	GRYNFELTT.
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	N...
Id. BOSC (Ch. du c.)	

Doyen honoraire : M. MAIRET (✻).
Professeurs honoraires: MM. JAUMES, DUBRUEIL (✻), PAULET (O. ✻).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards	ESPAGNE, agr. lib.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. MOITESSIER	MM. VALLOIS
LECERCLE	BOSC	MOURET
RAUZIER	DE ROUVILLE	DELEZENNE
LAPEYRE	PUECH	GALAVIELLE

MM. H. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. TÉDENAT, *président.*	MM. LAPEYRE, *agrégé.*
FORGUE, *professeur.*	DE ROUVILLE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A la Mémoire de mes Grands-Parents

A mon Père, A ma Mère

A mon Oncle

A mes Sœurs

Je dédie ces quelques pages en témoignage d'affection et de reconnaissance.

M.-A. RAYNAUD.

A mes autres Parents

A mes Maîtres

A mes Amis

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

M.-A. RAYNAUD.

INTRODUCTION

S'il est une branche de l'art médical qui ait fait, depuis ces dernières années, des progrès remarquables ; s'il est une science qui ait largement profité des découvertes modernes dans la sphère de l'embryologie ou dans l'étude de l'histogénèse, c'est bien la gynécologie. L'étude de la thérapeutique de l'appareil génital de la femme est devenue, à l'heure actuelle, le point de mire de nombreux savants, et nous pouvons dire que les résultats de l'intervention chirurgicale, devenue plus hardie et mieux conduite, ont répondu à la précision plus grande des recherches scientifiques.

Autrefois, les hommes de l'art qui voulaient s'adonner à l'étude de la gynécologie s'adressaient aux cliniques étrangères. A l'heure présente, il n'en est pas ainsi. Les observateurs patients comme les modestes praticiens trouvent, dans nos hôpitaux et nos maternités, un vaste champ d'études, un laboratoire vivant où leur science peut s'accroître de plus en plus, et où viennent converger, de part et d'autre, de nombreuses observations. Ainsi, grâce aux efforts des médecins, à l'intelligence des malades, à des moyens d'investigations plus précis, l'Ecole française de gynécologie s'est élevée peu à peu de l'obscurité, et a pris une large part dans les progrès accomplis par la thérapeutique génitale de la femme. Des Maîtres éminents ont suivi cette voie, d'autres confrères,

moins distingués, ont fouillé le même terrain, sans que, pour cela, l'étude de la gynécologie ait perdu de son intérêt. Bien au contraire, les ressources de la pratique journalière en ont largement bénéficié, et, à mesure que grandit le monument, les ouvriers deviennent plus habiles et leur travail plus fécond et mieux consolidé.

A côté d'états morbides fréquents en raison de l'activité physiologique de l'organisme féminin, à côté des affections liées au développement ou à la vie génitale de la femme, se place tout un groupe de lésions plus rares, dont la chirurgie réclame le domaine et que l'embryologie a parfaitement définies. Parmi celles-ci, trouvent place les tumeurs du *ligament rond*.

Nous avons essayé de réunir, dans une même étude, les quelques faits observés par M. le professeur Tédenat, se rapportant aux tumeurs des ligaments ronds. C'est sous l'inspiration bienveillante de notre distingué Maître, que nous avons pensé faire, de ces quelques observations, le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous n'avons pas la prétention d'en faire un édifice scientifique. Notre rôle sera plus modeste. Heureux serions-nous si nous avions pu réussir à apporter un modique grain de sable à la construction du monument de la science chirurgicale auquel on a beaucoup travaillé, mais pour lequel il reste encore beaucoup à faire: « *Multum adhuc restat operis, multumque restabit* », disait Sénèque. Notre rôle de médecin nous oblige à ne rien omettre de ce qui peut lui être utile. Bien des points resteront encore dans l'obscurité : nous les laisserons aux soins d'hommes plus compétents que nous et qui se recommandent depuis longtemps au monde des malades par leur science éclairée et leur entier dévouement au soulagement des infirmités humaines.

Mais avant d'entrer dans la division de notre sujet, qu'il nous soit permis de remercier tous nos Maîtres qui ont dirigé nos pas dans les études médicales et dont nous admirons avec respect la science. Nous garderons le souvenir de leurs leçons comme un guide précieux dans l'accomplissement de notre devoir et un phare lumineux où nous viendrons puiser la lumière aux moments difficiles de notre pratique médicale.

Envers nos parents et notre oncle nous avons contracté une dette toute particulière de reconnaissance. C'est à eux que nous offrons ce modeste travail. Puisse-t-il être pour eux une représentation fidèle du fruit de leurs conseils et de leur dévouement et un témoignage de notre éternelle reconnaissance.

Que M. le professeur Tédenat veuille bien agréer toute notre gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546803_0110

AVANT-PROPOS

Voici le plan que nous avons adopté dans l'étude que nous allons faire :

Dans le Chapitre premier, nous entrerons dans quelques considérations générales sur l'historique de la question et sur la description anatomique et embryologique du ligament rond.

Le Chapitre II sera consacré à l'anatomie pathologique et à quelques détails intéressants de Pathogénie.

L'étude des symptômes fera l'objet du Chapitre III.

Dans le Chapitre IV nous nous occuperons du diagnostic.

Le Chapitre V sera réservé au traitement. Nous y poserons aussi nos conclusions.

Cette division, contribuant à l'unité de notre travail, nous rend en même temps l'exposé plus facile et plus net.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES TUMEURS

DU LIGAMENT ROND

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS GÉNERALES

Soit insuffisance de recherches, soit manque d'observations cliniques, les tumeurs du ligament rond sont restées pendant longtemps dans l'ombre. Leur étude est donc toute récente.

Si nous nous en rapportons à l'excellente étude de S. Duplay publiée dans les *Archives générales de Médecine* (année 1882), vers 1865, Spencer Wells en présenta deux observations à la Société pathologique de Londres. Vers 1876, Aumoine fit paraître sur le même sujet une thèse fort intéressante au dire de Duplay. Vers la même époque, Math. Duncan, médecin écossais, en rapporta deux nouveaux cas. Entre temps, Verneuil en observait à Paris. En 1882, Duplay publiait une observation de fibromyôme du ligament rond, observation qui fait le fond de l'opuscule cité plus haut. Nous reproduirons plus loin le cas dont il s'agit. Depuis cette époque les faits se sont mul-

tipliés. Les cas sont devenus plus fréquents, peut-être parce qu'on les recherche davantage, et qu'on est moins étonné de les trouver sur son passage de par les hasards de la clinique. En 1896, P. Delbet et Héresco ont appelé l'attention sur ce point dans un Mémoire paru dans la *Revue de Chirurgie* de la même année ; Tédenat (Montpellier) en a observé plusieurs et, parmi eux, ceux que nous publierons dans le courant de notre sujet.

Mais avant, il nous paraît utile de rappeler sommairement la description du ligament rond, au point de vue anatomique, physiologique et embryologique. Nous n'ajouterons aucun détail nouveau et particulier au sujet, et nous ne garderons dans ce tableau schématique que ce qui nous semblera indispensable pour la clarté de notre exposition et l'unité de notre travail.

L'utérus, placé au centre du petit bassin, et reposant sur les muscles du périnée tendus comme un dôme pour le recevoir, est maintenu dans sa position physiologique par des ligaments qui lui forment une couronne et le rattachent aux parois du pelvis osseux. Se relâchant au moment de la gestation, ces ligaments acquièrent leur plus grande longueur à la fin de la grossesse. Eux-mêmes ne restent pas étrangers au processus d'hypertrophie auquel obéit l'appareil génital de la femme qui, suivant les lois inéluctables de l'évolution, obligé de suffire à de nouvelles charges, se multiplie au fur et à mesure des besoins fonctionnels de l'organe gestateur. Passé cette période, le calme renaît. La fonction reposée, l'organe commence à décroître, sa puissance diminue. Les ligaments subissent eux aussi une subinvolution, prêts à de nouveaux services suivant les exigences naturelles.

Les ligaments ronds ou ligaments antérieurs de l'utérus rattachent la partie antéro-latérale de ce dernier aux parois

du canal inguinal, à l'orifice externe duquel ils se terminent en confondant leurs faisceaux musculaires avec les fibres du fascia environnant. Longtemps ce point d'anatomie a été controversé. Il est acquis définitivement à la science depuis les travaux remarquables de Duplay, Tillaux et la thèse de Beurnier (1886). Tous les anatomistes sont d'accord pour distinguer aux ligaments ronds deux portions : une portion intra-abdominale et une extra-abdominale. Cette distinction morphologique est utile à la clinique. Nous verrons dans le cours de notre étude qu'il existe des tumeurs siégeant sur l'une ou sur l'autre de ces deux portions, et dont le diagnostic ne laisse pas que de présenter parfois de sérieuses difficultés.

Doué d'une force de résistance assez considérable, puisque la limite de traction varie entre 400 et 900 grammes (Beurnier), le ligament rond a été considéré naturellement par tous les auteurs comme un organe de soutien. « L'utérus n'est pas suspendu au ligament rond, comme le serait un homme à un trapèze »; il est plutôt maintenu par eux. Cette puissance de résistance dont nous parlons est bien suffisante pour redresser un utérus mobile, et nous savons tout le parti qu'on a pu en tirer au point de vue du traitement des déviations utérines. Alquier et Alexander, Ruggi et Bode, Doléris et Segond ont attaché leur nom à cette méthode, dont nous n'avons pas à apprécier ici les résultats et l'opportunité.

Nous ne nous arrêterons pas longtemps à l'étude embryologique du ligament rond. Il a son origine dans le *corps de Wolff*, dont les formations donnent naissance à certaines parties de l'appareil génital.— « L'ovaire, dit Beurnier (*loc. cit.*) » est rattaché à l'origine au corps de Wolff par un mésoova- » rium. Quand les corps de Wolff ont disparu, le péritoine qui » les recouvrait forme les ligaments larges. Le ligament dia- » phragmatique du corps de Wolff disparaît. Le ligament

» supérieur qui rattachait l'extrémité supérieure de la glande » génitale constitue la branche qui relie l'ovaire au pavillon » de la trompe, à l'extrémité du *canal de Müller*. Le ligament » inférieur de l'ovaire devient le ligament qui rattache l'ovaire » à l'utérus. Enfin, le ligament lombaire du corps de Wolff » constitue le ligament rond qui traverse le canal inguinal, » accompagné, suivant quelques auteurs, par un prolonge- » ment du péritoine, en forme de cul-de-sac, ou *canal de* » *Nück*, qui disparaît plus tard...»

La structure du ligament rond est plus intéressante pour nous, au point de vue où nous nous sommes placé.

Formé par des fibres élastiques et musculaires, recouvert par le péritoine à sa partie interne, entouré par lui dans sa portion moyenne, le ligament roud s'en détache au niveau du canal inguinal qu'il parcourt au milieu d'artères et de veines. Les faisceaux musculaires dont nous parlons appartiennent au système des fibres striées pour la portion extra-abdominale, et au système des fibres lisses pour la portion pelvienne sans que pourtant la délimitation soit absolument tranchée. Le tissu conjonctif et élastique qui les double ou les pénètre « sert simplement de support aux vaisseaux qui parcourent le ligament et entretiennent sa nutrition ». (Beurnier).

Ce ligament, en effet, est pourvu d'un riche réseau vasculaire. L'artère centrale se divise en nombreuses artérioles rayonnantes. Elles sont « contournées en hélice, comme les artères utéro-ovariennes ». (Frappier, Th. Paris 1896). Les veines plus nombreuses et plus volumineuses se disposent en un reticulum à mailles très serrées autour du ligament rond. Elles se développent surtout à l'époque de la gravidité, et peuvent dans certains cas devenir variqueuses (Sappey).

Ce plexus artério-veineux que nous venons de rappeler nous rend compte du développement quelquefois énorme des tumeurs

du ligament rond, et ces ectasies veineuses, nous les retrouverons signalées dans les observations qui suivent.

Après ces quelques considérations générales, l'anatomie pathologique des tumeurs du ligament rond nous sera rendue plus facile et notre observation plus sûre. Basée sur la dissection et le microscope, la clinique repose ainsi sur un terrain solide et, de ce fait, l'intervention thérapeutique possède un fil conducteur qui guide la main du chirurgien et dirige les efforts de son attention.

CHAPITRE II

NATURE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La nature et l'anatomie pathologique des tumeurs du ligament rond présentent plusieurs points à examiner. Laissant de côté les données embryologiques ou étiologiques qui pourraient nous servir de base à une classification plus ou moins méthodique, nous aimons mieux nous placer au seul point de vue histologique.

Nous n'avons pas la prétention de nous servir de cette étude pour apporter de nouveaux arguments à la classification générale des tumeurs. A notre point de vue, l'analyse microscopique nous suffira largement pour interpréter les données de la clinique. Nous devrions, pour être complet, nous occuper des kystes du ligament rond en même temps que des tumeurs solides dont ils sont le point de départ. Ce n'est pas notre intention de nous y arrêter. Sans doute, les productions kystiques sont intéressantes à étudier au point de vue pathogénique ; mais précisément cette étude est encore dans l'enfance. N'ayant pas observé de tumeur de cette nature nous n'y insisterons pas.

Les tumeurs du ligament rond que l'on rencontre le plus souvent font partie du groupe des *fibromes* (fibromes, fibromyomes et myxofibromyomes). Mais encore on trouve des tumeurs qui ont leur point de départ dans la fibre musculaire

elle-même : *myomes*. Le tissu cellulaire sous-cutané et intra-fasciculaire peut aussi devenir le siège d'une végétation nouvelle. Toutes ces tumeurs rentrent dans la classe des tumeurs à évolution lente et, par conséquent, le pronostic est bénin. Les observations précises de *sarcomes* du ligament rond manquent dans la littérature médicale, mais leur existence ne paraît pas impossible.

A) Fibromes.— Les fibromes sont de toutes les tumeurs celles que l'on trouve le plus fréquemment. Remarquons, avant d'aller plus loin, combien l'appareil génital de la femme est soumis tout entier à ce qu'on a voulu appeler la dégénérescence fibromateuse. L'utérus lui paye pour sa part un large tribut, puisqu'on observe les fibromes utérins à tous les âges, 20 0/0 au-dessus de 32 ans, 40 0/0 au-dessus de 50 (Bayle et Kolb). Il semble que le système génital tout entier : organe gestateur, annexes, ligaments, soit constamment sous l'influence d'un besoin d'évolution physiologique. La cellule génitale paraît avoir besoin d'une vie plus agitée, plus active, et cette suractivité se montre sous l'aspect de ces tumeurs plus ou moins considérables, plus ou moins nombreuses. Quoi qu'il en soit, ici comme pour l'utérus, la cause pathogénique nous échappe. Nous sommes obligés de faire intervenir tantôt l'hérédité, tantôt la subinvolution, quelquefois l'arthritisme, plus rarement la stérilité (Bayle). Tout autant d'états morbides dont la pathogénie ne nous est pas encore révélée, et qui, par conséquent, ne nous fournissent aucun appoint sérieux comme facteurs d'étiologie.

Spencer Wells, cité par Duplay, a été le premier auteur à faire connaître des observations de fibrome du ligament rond. Nous les trouvons reproduites dans le *British med. journ.* du 4 nov. 1865.

Observation Première

L'une de ces tumeurs présente le volume d'une grosse orange et a été extirpée, il y a un an environ. Elle a été prise par différents chirurgiens pour une hernie ou pour une tumeur glandulaire, enfin pour une tumeur de mauvaise nature. Mais cette tumeur était indolente, mobile, ayant augmenté lentement ; les parties voisines étaient restées absolument intactes. L'extirpation fut faite avec un plein succès.

Observation II

Dans le second cas, la tumeur présentait le volume d'une petite noix de coco et ressemblait absolument à la précédente. Extirpation. Guérison,

Une observation de Verneuil sur le même sujet mérite d'être rapportée. La voici reproduite textuellement :

Observation III

Fibrome du ligament rond. — Ablation. — Guérison. — Examen histologique (Verneuil). — Duplay, *Arch. gén. de Méd.*, 1882.

M... M..., 26 ans, entre au commencement de février dans le service de M. Verneuil, salle Saint-Augustin, n° 15. Cette malade, bien réglée depuis l'âge de 15 ans, a toujours joui d'une parfaite santé. Elle a eu un enfant, pour la première fois, il y a trois ans : l'accouchement a été laborieux. Six mois après, elle s'est aperçue qu'elle portait, dans la région inguinale droite, une petite tumeur qui avait

alors le volume d'une noisette. Cette tumeur a augmenté peu à peu et est devenue douloureuse. Elle a acquis lentement le volume d'une noix, qu'elle n'a pas dépassé depuis environ six mois. Aujourd'hui, on lui trouve les caractères suivants : elle siège à la partie supérieure de la grande lèvre droite, au niveau de l'orifice externe du canal inguinal : elle est mobile, bosselée, irréductible Elle a toujours eu ces caractères, au dire de la malade. La toux n'y détermine aucun changement apparent ; pas de battements ni d'expansion dans l'effort : la peau a conservé sa coloration normale ; pas d'inflammation. De temps en temps, la malade y sent de petits picotements ; quelquefois même des élancements. A chaque époque menstruelle, elle éprouvait des douleurs assez vives : l'exacerbation, à chaque époque, était relativement considérable. Il y a deux mois, l'aggravation de ces douleurs par la marche et la fatigue amène cette malade à l'hôpital.

Quelle est la nature de cette tumeur ? On ne trouve, nulle part, d'hypertrophie ganglionnaire ; pas de diathèse scrofuleuse ni syphilitique ; pas la plus petite écorchure aux membres inférieurs ni aux parties génitales externes ; quelques douleurs modérées dans la cuisse.

Le siège permettrait d'admettre une hernie ; en tous cas, ce n'est pas une entérocèle. C'est peut-être une épiplocèle. Mais la dureté de la tumeur, l'absence d'adhérences et de retentissement du côté du tube digestif ne permettent guère de croire à ce diagnostic.

Le siège de la tumeur doit faire songer à une hernie de l'ovaire ou de la vessie. La hernie de l'ovaire, est accompagnée d'ovarite et de métrite avec douleur irradiant dans tout le bassin, sinon d'une manière permanente, au moins à la pression, tandis que nous avons vu qu'elle s'est développée sourdement, sans douleur au début, et qu'elle n'avait, d'abord, que le volume d'une petite noisette.

Il faut bien remarquer que la tumeur siège à la partie supérieure de la grande lèvre, qu'elle est indépendante de la peau et qu'elle s'est développée dans le canal de Nück s'il existe, ou au moins à la partie supérieure du sac dartoïque de Broca. Le point de départ est donc les éléments cellulo-fibreux de cette région. Enfin, elle ne ressemble pas à un de ces kystes qu'on observe assez souvent dans le sac de Broca : pas de fluctuation ni de transparence.

Malgré l'examen minutieux de la malade, Verneuil n'a pas voulu

poser un diagnostic, car il avait affaire à une tumeur qui n'a pas encore été décrite ; néanmoins, il jugea que l'opération était indiquée. Opération..... La malade sort guérie de l'hôpital.

Cette observation, intéressante à plusieurs points de vue, sur lesquels nous nous arrêterons plus loin, a pour elle la sanction de l'examen histologique. Cet examen, pratiqué par M. Nepveu, chef du laboratoire, éclaira le diagnostic jusque-là incertain.

« Examinée, dit-il, au microscope après avoir été durcie dans l'alcool, cette tumeur offre tous les caractères d'un fibrome pur. Trame dense et serrée, sérosité facilement exprimable à la pression ; cellules fusiformes, minces et étroites ; fibrilles conjonctives en faisceaux irréguliers ou ramassées en tourbillon... »

Nous trouvons là parfaitement indiqués les détails histologiques du fibrome pur, tel que nous le trouvons quelquefois dans le tissu utérin. L'évolution a été lente. C'est, comme nous l'avons dit, la marche habituelle que suivent les tumeurs en général, ayant leur origine dans la prolifération de la cellule conjonctive. Faisons remarquer aussi que la tumeur en question rentre dans la classe des fibromes appelés durs par comparaison avec ceux qui présentent l'aspect du tissu cellulaire sous-cutané ou fibromes mous.

B) Fibromyomes. — Le plus souvent les divers tissus dont nous avons parlé à propos de la structure du ligament rond participent à la prolifération pathologique. Dans ce cas, on a affaire à un fibromyome. Les observations de ce genre de tumeurs ne sont pas rares dans les monographies chirurgicales. L'hypertrophie musculaire porte, aussi bien sur la portion intra-pelvienne que sur la portion extra-pelvienne, du ligament rond. Un des plus beaux types de fibromyomes a été rapporté par Duplay, dans l'observation suivante :

Observation IV

Fibromyome du ligament rond.— Opération. — Guérison. — Examen histologique
Duplay, *Arch. gén. de Méd.*, 1882.

Marie G..., 52 ans, cuisinière, entre le 7 mai 1881 dans mon service à l'hôpital Lariboisière. La malade a toujours joui d'une excellente santé. Elle a eu, à 26 ans, un accouchement qui n'a laissé aucune suite fâcheuse ; elle n'a jamais présenté de traces de hernie.

Il y a 18 mois environ, elle ressentit pour la première fois une douleur occupant l'aine droite, descendant sur la face antérieure de la cuisse, le côté interne du genou, s'étendant quelquefois presque dans la jambe et qui, dans ces derniers temps, est devenue parfois assez vive pour l'empêcher de se tenir debout. Cette douleur revenait d'ailleurs à intervalles assez éloignés, toutes les semaines environ, et surtout à la suite de fatigues. Il y a huit mois, la malade s'aperçut de l'existence, sur les limites de l'aine et de la grande lèvre droite, d'une petite tumeur allongée comparable au petit doigt pour la forme et le volume ; tumeur absolument indolente, mobile dans tous les sens, ne subissant ni augmentation, ni diminution sous l'influence de la toux et des efforts, mais paraissant prendre quelquefois, vers le soir, un léger accroissement de volume.

Cette tumeur, qui n'a jamais présenté d'apparence de réduction, a grossi assez rapidement en remontant surtout du côté de l'aine et descendant un peu vers la grande lèvre. Elle présente actuellement le volume d'un œuf d'autruche de dimensions moyennes ; elle est de forme régulière, ovoïde, et sa direction suit celle du canal inguinal. L'extrémité supérieure de son grand diamètre atteint l'épine iliaque antéro-supérieure, l'autre la partie supérieure de la grande lèvre. Elle déborde le pli de l'aine par en-bas, et remonte jusqu'au niveau d'une ligne horizontale passant par les deux épines iliaques antéro-supérieures. La longueur du grand diamètre est de 30 centimètres, celle du petit 20 centimètres. La peau est saine, mobile sur la tumeur, ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané. Les veines sous-cutanées sont légèrement développées. La consistance est charnue avec un ou

deux points plus résistants. Vers la grande lèvre, le tissu est plus dur et comme fibreux. En aucun point, on ne perçoit de fluctuation. La tumeur est dans toute son étendue mâte à la percussion; elle est absolument irréductible. Quoique très mobile dans le sens de ses deux axes, elle adhère profondément un peu au-dessus du ligament de Fallope, et il est impossible de la détacher complètement de l'aponévrose du grand oblique, non plus que de l'orifice externe du canal inguinal. Il n'existe aucune adhérence du côté de la grande lèvre. Rien du côté du vagin, rien dans la fosse iliaque.

Le diagnostic porté est celui de sarcome des ganglions inguinaux.

L'opération vint montrer que telle n'était pas la nature de la tumeur. L'examen pratiqué par M. Malassez nous révèle des détails importants.

« . . . . . A la coupe, qui rappelle exactement une tumeur kystique du testicule, le tissu se déchire d'une façon réticulée ; il est d'aspect fibreux avec un grand nombre de petites cavités contenant un liquide séreux, citrin, assez abondant. Beaucoup de ces petites loges communiquent et donnent à l'ensemble du tissu un aspect myxomateux. En détachant l'enveloppe adventice, on voit partir du voisinage du pédicule et s'étendre à la surface de la tumeur des faisceaux ayant l'aspect de fibres musculaires lisses, irradiant vers la périphérie et présentant des anastomoses transversales, ce qui donne à la surface de la tumeur un aspect réticulé. Il existe des faisceaux qui ne partent pas du pédicule, mais passent en sautoir à son voisinage. Tous ces faisceaux périphériques pénètrent la tumeur par des faisceaux secondaires qui s'en détachent et viennent former la trame fibreuse. Au milieu de ce tissu cellulo-fibreux, on trouve des groupes de gros vaisseaux remarquables par leurs riches musculatures ; çà et là, existent quelques troncs nerveux ; on distingue également des faisceaux de fibres lisses.

» En résumé, il s'agit ici d'une tumeur ayant tous les caractères du fibromyome dont le point de départ n'est autre que le ligament rond et dont la structure est analogue à celle des myomes utérins ».

M. Malassez a vu dans cette tumeur une néoformation vasculaire puissante. Habituellement il n'en est pas ainsi. Les

fibromyomes sont normalement pauvres en vaisseaux (Hallopeau). Leur transformation en cavités (myômes caverneux et kystiques) est assez rare. Les fibromes sont peu vasculaires. Ils se nourrissent surtout par les vaisseaux de la capsule conjonctive qui les entoure. Chacun sait que l'on peut pratiquer la section sans déterminer de nappe hémorragique : cela tient surtout à la grande rétractilité des capillaires. Mais tout autour de la tumeur, artères et veines prennent un développement considérable. Nous retrouvons plusieurs fois signalée dans les observations l'existence de ces dilatations vasculaires. La clinique nous montre tous les jours des fibromes utérins dont la richesse vasculaire est telle qu'elle se traduit par des hémorragies graves quelquefois difficiles à juguler. Mais, si nous voulons remonter à la description anatomique, nous verrons combien le reticulum vasculaire intra-fasciculaire ou pariétal du ligament rond est développé. L'observation de Malassez n'a donc rien qui puisse nous surprendre. Le système génital de la femme est le mieux favorisé au point de vue de la circulation. La nature l'a voulu ainsi, en raison du rôle qu'elle a dévolu à la femme dans l'histoire de la reproduction des êtres et de la conservation des individus.

Dans ce même examen histologique on nous parle encore de la transformation myxomateuse. C'était le cas dans l'observation précédente. Dans celle-ci le ligament rond tout entier en tant qu'unité histologique était le siège de la néoformation pathologique.

A ce propos il est utile de faire remarquer un point d'anatomie pathologique sur lequel on a déjà appelé l'attention. Nous savons que le ligament rond se compose de fibres lisses dans sa portion pelvienne et de fibres striées dans la portion inguinale (v. Cons. gén.). Or dans les observations que nous avons sous les yeux, l'examen histologique nous révèle dans le pédicule de la tumeur l'existence de fibres musculaires lisses. Duplay est

amené à croire que, contrairement à l'état normal, les fibres lisses peuvent quelquefois exister dans toute l'étendue du ligament rond au lieu de s'arrêter à quelque distance de l'anneau inguinal. Roustan a repris la question dans le *Montpellier Médical,* février 1884. Voici quelle est son opinion :

« Je me demande si ce même fait ne pourrait pas aussi faire » admettre pour ces fibromyomes comme pour les fibromyomes » de l'utérus une évolution, un cheminement. De sorte » qu'ils pourraient prendre naissance en un point du ligament » rond où existent les fibres lisses, descendre ensuite, soit vers » le ventre (observ. de Duncan), soit vers l'extérieur. Cette » descente des tumeurs du ligament rond me paraît excessivement probable, et je vais résumer les raisons qui paraissent appuyer cette opinion : 1° Les fibromyomes ont dû naître dans un point où existent normalement des fibres musculaires lisses, c'est-à-dire dans un point autre que celui où » on les trouve le plus souvent ; 2° l'observation de Duncan » montre une tumeur sur la partie abdominale du ligament » rond ; 3° les autres observateurs trouvent ces tumeurs dans » les différents sièges où les hernies inguinales peuvent s'arrêter ; 4° dans l'observation de Verneuil on a même pu voir » une partie réductible pour compléter l'analogie ; 5° sans la » comparaison des tumeurs du ligament rond avec les hernies, » on s'expliquerait mal leur présence dans la grande lèvre, » alors surtout que les tumeurs du pli de l'aine prennent si » rarement cette direction ; 6° enfin on connaît les lipomes » migrateurs formés par l'expulsion lente ou brusque du tissu » graisseux sous-péritonéal à travers les orifices aponévroti» ques....».

Il y aurait donc, d'après Roustan, une progression quelconque, un prolapsus pour ainsi dire de ces tumeurs dans un des points de la région pelvienne ou inguinale. Cet essai de pathogénie mérite d'être apprécié à sa juste valeur. Comme le fait judi-

cieusement remarquer l'auteur, ce cheminement— c'est le terme qu'il emploie — nous le voyons exister pour les fibromyomes de l'utérus. Faut-il admettre définitivement le même mécanisme pour les tumeurs du ligament rond ?.... Nous inclinons à le croire, en réservant toutefois notre opinion puisque nous n'avons pas de faits qui puissent transformer nos probabilités en certitude scientifique. En d'autres termes, l'existence des tumeurs pelviennes du ligament rond étant aussi bien prouvée que celle des tumeurs inguinales, y a-t-il une cause qui détermine la marche ascendante ou descendante de la prolifération musculo-conjonctive ? Nous ne pouvons conclure.

Après cette digression, sur laquelle il était nécessaire d'insister, il nous restera bien peu de choses à dire de l'anatomie pathologique des fibromyomes ligamenteux. Il est utile de savoir que ces tumeurs peuvent devenir kystiques. Nous rapporterons plus loin (V. Diagnostic) un exemple de cette transformation kystique. Nous verrons, par là même, combien, dans certains cas, ces tumeurs peuvent prêter à des erreurs de clinique.

(*C*) Lipomes. — On peut encore trouver dans le ligament rond des tumeurs de la classe des lipomes. En voici un cas que nous empruntons au mémoire de Roustan.

Observation V

Lipome du ligament rond. — Opération. — Guérison. — Examen histologique.

Mme X..., 52 ans, domiciliée à Montpellier, n'est plus réglée depuis 4 ans. Elle a eu 3 enfants et a toujours joui d'une excellente santé. Jamais de hernie.

A l'âge de 25 ans, après son deuxième accouchement aussi normal

que possible, elle s'aperçut d'une petite tumeur de la grosseur d'une cerise, indolore, n'augmentant pas au moment des menstruations, mais croissant graduellement. A 40 ans elle était grosse comme un petit œuf. Depuis la ménopause, c'est-à-dire depuis 4 ans, elle a pris une marche plus rapide pour atteindre le volume d'une orange au moment de l'opération. La tumeur siégeait primitivement au sommet de la grande lèvre gauche, au niveau de l'orifice externe du canal inguinal ; en se développant elle s'est plutôt portée dans le pli de l'aine. Elle était mobile sous la peau et glissait facilement sous le doigt, lorsque, tout à coup, il y a quatre ans, on la vit soulever la peau de plus en plus, se pédiculiser en partie, en même temps que son poids et son volume augmentaient considérablement. La tumeur a toujours été irréductible, arrondie, bosselée. La toux n'y détermine aucun changement apparent. Pas de battement, ni d'expansion dans l'effort. La peau a conservé sa coloration normale ; à peine si les veines sont un peu plus grosses que normalement. La douleur est presque nulle. La diagnostic porté est celui de lipome. Opération.

L'examen de la tumeur a été pratiqué au laboratoire d'histologie par M. le professeur-agrégé Carrieu. La tumeur est complètement enveloppée d'une capsule cellulo-fibreuse qui semble l'expansion du pédicule. Celui- ci, semblable à un tuyau de plume, retenait la tumeur dans l'orifice externe du canal inguinal. Le doigt pouvait pénétrer dans cet orifice à côté du pédicule.

A la coupe on reconnaît un lipome réticulé. Il est constitué histologiquement par un tissu fibreux entre les éléments duquel on voit çà et là un tissu conjonctif lâche contenant des lobules adipeux ; on distingue de nombreux faisceaux musculaires lisses. La masse de la tumeur est un simple lipome. On peut donc affirmer qu'il s'agit ici d'une tumeur formée sur le ligament rond et que l'on peut dénommer histologiquement : lipome réticulé à enveloppe fibreuse envoyant entre les lobules des cloisons cellulo-fibreuses.

On était donc en présence d'un lipome fibromyxomateux. Ce genre de tumeur paraît être assez rare. Sans doute, dans les fibromes, comme dans les fibromyomes, le tissu cellulo-adipeux subit aussi la loi d'hypertrophie, qui commande en même temps la prolifération de l'élément musculaire et de la fibre

conjonctive. Dans le cas dont il s'agit, l'élément noble du ligament rond est relégué au second plan ; c'est l'élément secondaire, tissu cellulo-adipeux, qui a pris ici la premiere place. L'examen clinique et l'examen microscopique ont été d'accord sur ce point.

Telles sont les trois grandes classes de tumeurs du ligament rond que l'on rencontre le plus souvent. Comme toutes les tumeurs à évolution lente, elles s'accroissent progressivement. La reproduction kariokynétique des cellules est ralentie. Le pronostic est donc bénin. Si ces tumeurs n'ont pas de tendance à rétrocéder, elles n'ont pas non plus de tendance à la généralisation. Elles grandissent sur place, mais ne se déplacent point dans de nouveaux tissus ou de nouveaux organes; elles diffèrent donc des masses épithéliales, dont la marche rapide et la généralisation nous forcent presque à admettre une infection parasitaire ou exogène. Les tumeurs qui nous occupent font partie de celles que Bard a appelées « des monstruosités du développement cellulaire ». Elles ne se développent que sous l'influence d'un trouble immanent dans l'activité nutritive d'un groupe d'éléments (Hallopeau).

Ajoutons aussi que ces tumeurs peuvent subir les diverses espèces de dégénérescences (dég. graisseuse ; transf. calcaire, etc.). C'est pour elles un mode de mortification, une forme de nécrobiose. Sous l'influence de causes générales ou locales: irritation, frottements, traumatisme, ces tumeurs peuvent s'enflammer, et la cellule, trop longtemps ou trop fortement irritée, finit par succomber à la lutte. Les réactions biologiques sont détruites ou transformées. Quelle est la nature de ce processus nouveau?..... Pour pouvoir l'expliquer, il faudrait « avoir des notions suffisantes sur la nature des modifications chimiques qui se produisent sous l'influence de la nutrition dans les éléments cellulaires..... et nous n'en sommes pas encore là !..... »

CHAPITRE III

SYMPTOMES ET PATHOGÉNIE

Nous arrivons à un chapitre de notre étude du plus haut intérêt pour le clinicien. L'étude des signes d'une affection quelconque, la recherche des symptômes qu'elle présente sont le premier pas d'un diagnostic complet et rigoureux. Quand, après une discussion analytique et minutieuse, on arrive à reconstituer un type synthétique, l'on peut facilement en dégager une thérapeutique bien ordonnée, dont les résultats, prévus par l'observation, viennent corroborer les données scientifiques et donner une plus grande assurance à la main de l'opérateur.

Existe-t-il un symptôme pathognomonique à l'aide duquel on puisse toujours deviner une tumeur du ligament rond? Nous ne le pensons pas. Nous en donnerons la preuve quand nous nous occuperons du diagnostic. Il est pourtant quelques considérations qu'il faut avoir en vue quand on se trouve en présence des tumeurs dont nous parlons. Nous les trouvons disséminées un peu partout dans les observations que nous avons sous les yeux. Nous allons, pour les discuter, les grouper en deux classes : les symptômes généraux et les symptômes locaux.

I. Symptômes Généraux

1° *Age.* — L'âge de la malade ne mérite pas de nous arrêter. On observe des tumeurs du ligament rond à tous les âges, à 26 ans (obs. Verneuil), à 36 (obs. de Churchill), mais principalement aux environs de la ménopause. C'est au contraire pendant l'évolution génitale que se développent les fibromyomes utérins. Il est très rare d'observer des tumeurs du ligament rond chez les jeunes vierges. Voici une observation qui à ce point de vue présente un réel intérêt :

Observation VI

Professeur Tédenat. (Inédite).

Fibromyome kystique du volume du poing, occupant l'insertion utérine du ligament rond gauche. — Petit myôme utérin. — Excision. — Sutures. — Guérison.

Marie M..., 23 ans, est adressée à M. le professeur Tédenat par le docteur X..., le 3 juin 1888.

Constitution bonne ; réglée à 14 ans. Les règles duraient 4 jours, non douloureuses, sans caillots. Depuis deux ans elles durent 6 ou 7 jours, plus abondantes avec quelques petits caillots. Pas de pertes blanches notables. La malade est vierge. Depuis un an, pesanteur pelvienne; besoin d'uriner toutes les deux ou trois heures. A l'époque des règles il y a de vraies douleurs qui s'irradient à la cuisse gauche et des hémorragies abondantes pendant 10 à 15 jours.

A travers la paroi abdominale on sent une tumeur occupant la partie gauche de l'abdomen. Elle fuit, mais le toucher vaginal permet de la fixer. Le col regarde à gauche. Le fond de l'utérus est fortement porté à droite et en arrière. La tumeur semble faire corps avec la partie supérieure gauche de l'utérus, qui ne paraît pas notablement

augmenté de volume. L'hystéromètre donne 7 cent. Les annexes sont indolores et semblent normaux.

8 juin. — Laparotomie. Tumeur rénitente rouge, accolée à l'utérus au point d'origine du ligament rond, qui se reconstitue au pôle libre de la tumeur. Une anse double est passée au-dessus de la tumeur entre elle et l'utérus ; elle prend le plan superficiel du tissu utérin. Section en dessous de l'anse fortement serrée. Le ligament rond est lié à 1 centim. au-dessous de la tumeur : il en reste une longueur de 2 centimètres. Une anse de fil traverse le ligament rond soutenue par une ligature et sert à suturer le restant à son point d'origine sur l'utérus qui est ainsi incliné en avant. Un nodule myomateux du volume d'une noix occupe le fond de l'utérus, inclus dans les plans superficiels. Une incision de 2 centimètres rend l'énucléation facile ; trois points de suture à la soie fine ferment cette plaie qui a peu saigné. Réunion de la paroi abdominale par huit points métalliques comprenant tous les plans.

21 juin. — Réunion immédiate. La malade a eu un peu de fièvre ; les 8 et 9 juin, 38°8 : elle a cessé en même temps qu'est survenue une métrorragie assez abondante, qui a duré 4 jours. L'opération avait été faite 6 jours après l'époque menstruelle.

La tumeur pesait 280 grammes. Elle était de consistance molle avec quelque points durs. Il existait deux petits kystes contenant un liquide visqueux, rosé, l'un du volume d'une noisette, l'autre du volume d'un pois. L'examen microscopique a montré de nombreux faisceaux de fibres lisses séparés par des travées fibreuses.

Nous reprendrons plus loin cette observation intéressante.

2° *Evolution.* — Les tumeurs du ligament rond apparaissent sans bruit, sans éclat ; leur présence ne se révèle quelquefois que par hasard. La malade sent une tumeur comparable à un petit ganglion qui roule sous le doigt et, comme la marche en est lente, elle ne s'en préoccupe pas, mais la tumeur s'accroît peu à peu. Elle finit par prendre des proportions inquiétantes qui déterminent la femme à consulter un médecin.

Dans un cas de Léopold, cité par Delbet, la tumeur avait mis 14 ans à évoluer. Ce début presque inaperçu, cette évolu-

tion quasi-latente, est un symptôme que nous trouvons relaté dans presque toutes les observations. Il faut ajouter, et on l'a fait remarquer avant nous, que l'évolution de la néoplasie est quelquefois irrégulière. Après une période plus ou moins longue de marche lente, tout à coup, pour une cause quelconque, fatigue, excès, sans que pour cela nous puissions expliquer le fait, la tumeur prend un pas rapide : le développement avance avec vitesse ; alors encore la patiente se soumet à l'examen médical.

3° *Douleur.* — Un des grands caractères des tumeurs du ligament rond, c'est l'absence de douleur. Dans presque toutes les observations que nous avons recueillies, nous trouvons ce fait mentionné : la tumeur est indolente à la pression modérée. La douleur n'apparaît que si l'on comprime asez fortement les plans musculaires ou aponévrotiques sous-jacents. Dans ce cas, il se produit des contusions nerveuses, des phénomènes de compression des diverses branches nerveuses qui entourent d'un réseau inextricable les organes du bassin. Ainsi faudrait-il expliquer les douleurs propagées dans les diverses parties du corps et dont parfois les malades se plaignent beaucoup : irradiations dans les membres inférieurs, irradiations lombaires ou abdominales. En effet, c'est en changeant de position : passage du décubitus dorsal au décubitus latéral, en voulant se relever après avoir abaissé le tronc, que les malades éprouvent ces manifestations douloureuses. Dans une observation de Verneuil il était impossible à la malade d'étendre sa jambe ; dans une autre, la station assise était difficile.

Il faut toujours avoir présents à l'idée ces exemples pour ne pas être induits en erreur par des symptômes douloureux dont le siège et les irradiations pourraient égarer l'esprit dans une voie éloignée de la vérité clinique.

II. Symptomes locaux

Ils sont plus intéressants à examiner.

1° *Siège.* — La tumeur occupe tantôt la portion inguinale, tantôt la portion intrapelvienne à une distance plus ou moins éloignée du muscle utérin. Nous avons cité le cas d'une malade de Tédenat, où la tumeur siégeait à l'insertion utérine du ligament rond.

Si l'on se trouve en présence d'une tumeur intrapelvienne on reconnaîtra l'induration ou la saillie latérale formée par elle. Tantôt incluse dans le petit bassin, tantôt remontant dans l'hypochondre du même côté à une hauteur plus ou moins éloignée du pubis, la tumeur sera reconnue par les divers moyens que nous avons à notre disposition. Le palper dans un cas, le toucher vaginal combiné au palper abdominal dans l'autre, nous révéleront l'existence de la masse néoplasique. Rien à noter du côté de l'utérus et du vagin. Notre examen s'arrête là. Nous verrons plus loin combien ces symptômes sont difficiles à classer au point de vue du diagnostic.

Quand la tumeur est extrapelvienne, les symptômes, quoique plus apparents, n'offrent rien de spécial pour qu'on puisse à première vue penser à une tumeur ligamenteuse. Cette tumeur siège le plus souvent dans le tunnel inguinal dont elle suit la direction. Dans le cas cité plus haut (v. obs. de Duplay, obs. IV), le grand diamètre mesurait 30 centimètres, le petit 20 centimètres ; la masse peut donc s'étendre sur une assez grande surface. Si quelquefois elle s'arrête dans le trajet du canal inguinal (tumeur interstitielle), il est bien plus fréquent de la voir descendre jusque dans la grande lèvre à sa partie supérieure. Nous citons plus loin (v. Diagnostic) une observa-

tion de Polaillon, où la tumeur parfaitement pédiculée pendait comme une grosse poire au-devant de la cuisse, au tiers inférieur de laquelle elle arrivait. Il est un point sur lequel nous devons insister par rapport au siège de la tumeur. Beaucoup d'auteurs ont remarqué la fréquence de la tumeur dans l'aine droite : 13 tumeurs du côté droit pour 2 du côté gauche (Delbet). Cette observation clinique a été judicieusement interprétée par P. Delbet et Heresco dans leur Mémoire paru dans la *Revue de Chirurgie* de 1896. Y a-t-il simplement coïncidence de faits ou bien y a-t-il une raison anatomique? Delbet se range à cette dernière opinion. Voici les points importants de son argumentation. L'étude de l'embryologie nous explique l'évolution possible en un certain moment et dans une certaine partie du corps de cellules embryonnaires jusque-là restées dans une prudente réserve et réveillées pour ainsi dire en sursaut par une cause quelconque. De ce réveil brusque naît la vie ; après le sommeil l'évolution commence. Là où on n'observait aucune tumeur, aucune production anormale, on voit tout à coup une hyperplasie fonctionnelle, un processus de prolifération naître et se développer. Cette ingénieuse théorie, défendue par Conheim, a trouvé place dans l'histoire pathologique des tumeurs et à peu près tous les auteurs lui ont donné asile. P. Delbet, partant de ce principe, admet volontiers que le canal inguinal droit, exposé plus que son homologue de gauche aux erreurs de développement — et il en donne pour preuve la plus grande fréquence des hernies congénitales droites — doit presque forcément présenter plus de tumeurs du ligament rond que le canal inguinal gauche... « Il est permis de se demander, ajoute-t-il, si le ligament rond, qui est uni » étroitement au canal vaginéo-péritonéal de la femme, ne » participe pas dans une certaine mesure à ces anomalies et » si ces anomalies ne jouent pas un rôle dans la pathogénie » des tumeurs en question... »

L'hypothèse de Delbet peut-elle se défendre dans la majorité des cas? Nous ne possédons pas assez de données pour essayer de la combattre. Il est certain que dans les cas où la tumeur est apparue sans cause appréciable ou connue, chez notre malade vierge par exemple, l'interprétation purement embryologique de Delbet suffit à notre esprit. Si nous admettons, comme nous le verrons plus bas, que le traumatisme peut avoir une influence, la tumeur siègera naturellement du côté où aura porté le trauma. Après cette restriction, nous sommes presque forcé de nous rallier à la conclusion de l'auteur jusqu'à ce que de nouveaux arguments viennent la mieux établir ou, au contraire, en diminuer l'importance au point de vue pathogénique.

2° *Volume.* — Le volume de la tumeur varie depuis une noix de coco (Spencer Wells) à une petite noisette, à une tête de fœtus. La tumeur étant habituellement bien limitée, il sera facile d'en apprécier le volume.

3° *Consistance.* — La consistance de la tumeur n'offre rien d'intéressant à étudier. Présentant le plus souvent une surface légèrement bombée ou parfaitement arrondie, elle est quelquefois molle, diffluante (V. obs.).

Le doigt explorateur qui, dans le premier cas, tombait directement sur une masse à consistance lardacée, fibreuse, arrive dans le second cas à la déprimer, au moins dans certains points ; on a affaire alors à un kyste comme dans l'observation suivante de Paletta, citée par Duplay dans son mémoire (V. Duplay, *loc. cit.*).

Observation VII

Tumeur située à la partie supérieure de la grande lèvre gauche, du volume du poing... L'épaisseur de ses parois ne permet point de juger si son contenu était de nature liquide ou solide. Toutefois, la percussion donne la sensation de l'existence d'un fluide. Incision suivant la longueur. Issue d'une quantité abondante de sérosité limpide. La face interne de la cavité est tapissée par une membrane épaisse qu'il fut aisé d'isoler des parties environnantes et qu'on coupa au voisinage de l'anneau inguinal. Là, l'instrument rencontra un petit corps dur dont la section causa beaucoup de douleur à la malade. L'incision partielle de ce renflement ligamenteux permit de distinguer l'anneau inguinal dans lequel on pouvait introduire l'extrémité du doigt, et fit reconnaître que ce corps n'était pas autre chose que la partie restante du ligament rond. Après quelques accidents locaux et généraux, la guérison est survenue.

Ainsi, c'est par la percussion que le clinicien avait diagnostiqué le contenu liquide de la tumeur à laquelle, sur le moment même, il n'avait pu donner un nom. Ces observations ne sont pas rares. Peut-être ne faudrait-il pas aller trop loin en affirmant qu'il s'agissait bien d'une tumeur liquide du ligament rond. Si nous nous en rapportons tout simplement aux quelques lignes de l'observation qui précède, ne vaudrait-il pas mieux admettre qu'il s'agissait d'un kyste contenant dans son intérieur le ligament rond : un kyste périligamenteux, plutôt qu'un kyste interligamenteux ?... Cette transformation kystique dont nous avons déjà parlé à propos de l'anatomie pathologique, nous la retrouverons plus loin dans un cas de Reboul (v. Diagnostic). Chez la malade qui fait le sujet de notre première observation (v. Obs. VI), la tumeur présentait aussi à la coupe deux petits kystes de la grosseur d'une noisette et d'un pois, et con-

tenant un liquide clair et visqueux. Le plus fréquemment, la tumeur est mate à la percussion. Le son produit est analogue à celui que l'on produit dans les hernies épiploïques inguinales ou crurales.

4° *Irréductibilité.* — Les tumeurs du ligament rond sont irréductibles. Les adhérences qui les unissent aux plans fibreux et musculaires de la région inguinale ne leur permettent pas de changer de domicile sous l'impulsion de la main qui cherche à les refouler. D'ailleurs, cette manœuvre détermine une sensation pénible de tiraillements. Ce signe d'irréductibilité, quelques auteurs l'ont donné comme un signe constant des tumeurs qui nous occupent; il n'a pas peut-être toute la valeur qu'on voudrait lui donner.

Voici une observation qui en fait foi :

Observation VIII

Tumeur fibreuse du ligament rond. — Verneuil, thèse d'Aumoine. (Duplay, *Archives générales de Médecine*, 1882).

Mme B..., ménagère, 45 ans, bonne constitution. M. Desnos voit cette malade à la consultation et la montre à M. Verneuil comme portant une tumeur de l'aine, d'un diagnostic délicat. Cette malade a toujours joui d'une bonne santé ; réglée régulièrement ; elle a eu deux enfants, le dernier il y a 12 ans. Ces accouchements n'ont laissé aucune affection utérine. Ce n'est qu'il y a 4 ans 1/2, qu'elle s'est aperçue qu'elle avait, à la grande lèvre droite, une petite tumeur, qui glissait sous le doigt comme aujourd'hui. Elle l'attribue à un effort qu'elle aurait fait dans la matinée. Elle ne sentit rien dans l'aine, ne s'aperçut de rien sur le moment ; ce n'est que par hasard qu'elle sentit, en se couchant, une petite tumeur, qui avait alors le volume d'un noyau de cerise. Elle raconte très nettement que, pendant les 8 premiers jours, elle pût la faire disparaître à

volonté, c'est-à-dire la faire rentrer dans le canal inguinal ; mais à peine était-elle debout, que la tumeur reparaissait au dehors. N'en souffrant nullement, elle ne s'en occupa pas. Sa menstruation a toujours été régulière et ses pertes sont peu abondantes, depuis déjà une dizaine d'années. Jamais elles n'ont déterminé des douleurs dans la tumeur ni au voisinage. Ce n'est que depuis 7 ou 8 mois que, sous l'influence d'un travail plus pénible, elle sent dans l'aine quelques tiraillements, mais point de douleurs vives, point d'élancements. La tumeur augmente très lentement ; elle est irréductible depuis longtemps. Son volume, aujourd'hui, est celui d'une noix muscade parfaitement ronde ; elle a une mobilité très grande dans le sens de la longueur du sac dartoïque, c'est à dire de haut en bas ; mais si on veut la tirer en avant, on éprouve une résistance absolue. Elle est donc bridée par un plan aponévrotique, ce qui prouve qu'elle n'est pas sous-cutanée, mais qu'elle est bien contenue dans un sac, qui remonte jusqu'à l'orifice interne du canal inguinal. On peut la faire descendre jusqu'à l'union du 1/3 supérieur aux 2/3 inférieurs de la grande lèvre. La pression n'est pas douloureuse ; rien d'anormal du côté de l'utérus ou des annexes.

C'est la première observation (Duplay) connue, où le signe de réductibilité ait été constaté. Depuis lors, il a été retrouvé plusieurs fois. Il n'a donc qu'une valeur relative au point de vue du diagnostic, quoique habituellement on s'attende à une tumeur irréductible. De ce côté, surgissent encore de nouvelles causes d'erreurs, sur lesquelles nous reviendrons.

5° *Lésions de voisinage.* — Les tumeurs du ligament rond n'ont pas de retentissement sur les régions qui circonscrivent leur périmètre. La peau présente une coloration normale : jamais on n'a signalé les signes d'une inflammation aiguë. Enfin, détail très important, les masses ganglionnaires dont le territoire est tributaire ne sont pas atteintes, ce qui prouve une fois de plus la bénignité des néoplasmes dont nous parlons.

6° *Pédicule.* — Les tumeurs du ligament rond sont pédicu-

lées. En remontant le long du grand axe de la tumeur, on peut sentir une corde, plus ou moins volumineuse, fuir dans l'abdomen. On a une sensation égale à celle que Velpeau a magistralement décrite le premier dans les *Hernies épiploïques* (corde épiploïque de Velpeau). Toutefois, il est des cas où il est à peu près impossible de reconnaître ce pédicule ; le diagnostic est d'autant plus difficile.

7° *Troubles de la santé.* — On a plusieurs fois remarqué que les malades porteurs de tumeurs du ligament rond perdaient rapidement de leur poids. On comprend sans peine quelle impression démoralisante les malades peuvent en retirer et combien il est utile pour le praticien de les rassurer. Cette constatation n'a rien qui puisse nous effrayer. Dans un cas de Delbet, la malade était à la ménopause, 48 ans. Dans un second de Léopold, la malade s'en rapprochait, 43 ans. Nos deux malades, qui étaient jeunes, 38 et 23 ans, ne présentaient pas ce symptôme. Est-ce influence de la ménopause ? Est-ce influence du moral sur le physique ? Les deux opinions peuvent se soutenir et surtout la seconde. Ne voit-on pas tous les jours des sujets porteurs d'une affection quelconque se laisser déprimer par des idées de mélancolie qui les poursuivent et dont ils ne savent pas se débarrasser ? Cet amaigrissement perd donc beaucoup de sa valeur symptomatique. Il faut donc se mettre en garde contre une interprétation fausse qu'on pourrait en inférer. Plus souvent les malades avec quelques pesanteurs dans le périnée ont des mictions plus fréquentes qui n'ont d'autre cause qu'une action réflexe quelconque s'exerçant seulement sur la vessie alors que l'appareil rénal n'est pas compromis.

Telles sont à peu près les grandes lignes symptomatiques que l'on doit suivre pour arriver à une observation clinique à

peu près fidèle. Nous sommes forcé de conclure par les considérations que nous avons exposées au début de ce chapitre. Cet ensemble de signes sur lesquels nous venons de nous étendre pendant quelques moments suffiront-ils dans la pratique, car c'est surtout à ce point de vue que nous nous sommes placé? Nous pouvons répondre affirmativement, sans rien préjuger de l'assurance instinctive que donne une longue expérience ou une grande habitude de la pathologie chirurgicale. Mais il faut en même temps, pour que notre conviction puisse s'établir sur des bases solides, qu'une analyse méthodique et quelquefois délicate des commémoratifs et des antécédents vienne peser de toute son importance sur notre jugement pour l'incliner définitivement du côté de la nature vraie des cas qui nous sont présentés.

Nous ne pouvons terminer cet exposé rapide des symptômes des tumeurs du ligament rond sans entrer dans quelques détails au sujet du retentissement possible de quelques influences physiologiques, traumatiques ou nerveuses sur la marche et l'évolution de ces masses néoplasiques. Nous essayerons d'ajouter quelques éléments à cette question, dont quelques auteurs et des plus sérieux ont essayé d'élucider la pathogénie.

a) *Influence de la grossesse.* — La grossesse paraît avoir une influence sur l'apparition des tumeurs du ligament rond. Il ne faudrait pas pourtant en exagérer l'importance, puisque on peut observer ces tumeurs chez des vierges (v. obs. VI). Nous ne connaissons nullement le mode d'action de l'état gravide. Et comme le fait remarquer Delbet, y a-t-il encore ici purement coïncidence ou existe-t-il réellement une action pathogénique, une relation de sympathie ou de connexion? Cette dernière hypothèse peut se défendre. Nous savons combien dans la clinique il faut se garder de généraliser ou d'éten-

dre : *ab uno disce omnes,* mais en y regardant de plus près ne peut-on pas admettre que la grossesse, c'est-à-dire cet état physiologique qui bouleverse à un si haut degré toutes les cellules de l'organisme maternel, vient pour ainsi dire donner un élan d'activité à ces groupes embryonnaires dont nous avons parlé ? Ne voyons-nous pas tous les jours la grossesse réveiller une diathèse jusque-là ignorée, précisément parce qu'elle ne se laissait pas trahir par un symptôme dramatique ou qu'elle évoluait en silence, suspendue comme une épée de Damoclès sur l'existence de la malade ? Pourquoi cet état, pour ainsi dire *constitutionnel ?* l'inclusion de groupes embryonnaires dans le ligament rond ne serait-il pas tout à coup et directement impressionné ? Cela ne paraît pas impossible : c'est ainsi qu'il faudrait comprendre l'influence de la grossesse sans y attacher autrement d'importance.

b) *Influence de la ménopause.*— La ménopause, au contraire, joue un rôle incontestable dans l'évolution des tumeurs du ligament rond. Nous savons tous les méfaits dont la ménopause est capable au point de vue physiologique : troubles génitaux, troubles digestifs, réveil de diathèses, recrudescence de maladies, etc., etc. Nous avons toute sorte de mauvais effets à attendre d'elle. Nous savons que, vers la cinquantaine, la femme a fini son existence génitale. On l'a dit avant nous : « la femme est une matrice servie par des organes ». Une fois l'évolution génitale accomplie, une fois la reproduction de l'espèce assurée, la femme quitte le service de la société. A ce moment-là il y a pour ainsi dire une sorte de crise, de protestation des organes. Il y a en quelque sorte une subversion dans le fonctionnement biologique des cellules. Alors nous voyons reparaître les diverses manifestations diathésiques ; nous assistons à la production de tumeurs quelquefois malignes. Les tumeurs du ligament rond sont soumises aux mêmes influences.

Pour n'en citer qu'un exemple il suffit de se reporter à l'observation déjà citée de Roustan (v. obs. V). On s'étonne, après ce fait, que Delbet ait pu dire, dans le travail déjà cité, que la ménopause « ne paraît nullement influencer ces tumeurs ». Nous croyons le contraire et nous venons de justifier notre opinion ; les faits cliniques viennent à notre appui. Nous voyons généralement la tumeur augmenter plus rapidement de volume après le repos génital de la femme. Un terme de comparaison à signaler est le suivant. Les fibromyomes utérins à l'époque de la ménopause ont plutôt de la tendance à rétrograder ou du moins leur marche est dans quelques cas entravée. Il est permis, par conséquent, d'admettre qu'il existe une influence particulière s'exerçant sur les tumeurs du ligament rond ; nous en ignorons complètement la nature.

c) *Influence de la menstruation.* — A première vue, il n'est pas difficile d'admettre que le phénomène de la ponte ovulaire avec l'hémorragie qui l'accompagne puisse avoir une influence quelconque sur les tumeurs du ligament rond. Lorsque l'ovule, arrivé à la maturité, quitte sa loge pour commencer son défilé salpingo-utérin, il se produit une congestion intense des organes pelviens. Ce n'est pas seulement l'appareil génital qui reçoit un plus grand apport de sang, mais les organes limitrophes en ressentent encore le contre-coup. Nous connaissons bien les connexions vasculaires qui réunissent le système abdomino-pelvien : le rectum, la vessie, les reins sont douloureusement impressionnés quelquefois. Quoi de plus naturel, maintenant que nous connaissons la vascularisation intense du ligament rond, de voir les tumeurs de ce ligament ne pas rester insensibles à cet afflux circulatoire ? Et, en effet, les malades accusent des douleurs violentes à l'époque des règles. L'influence est donc évidente : il n'est pas nécessaire d'y insister plus longtemps. Le rapport inverse existe-t-il ? Ces

tumeurs ont-elles une action quelconque sur la menstruation ? Ce n'est pas indispensable ni impossible, car dans notre observation (V. observ. VI), la malade bien réglée auparavant perdait abondamment du sang pendant dix à quinze jours, au moment où sa tumeur, déjà volumineuse, la forçait à se soumettre à l'examen obstétrical. Nous n'ajoutons aucune conclusion à ce dernier fait.

d) *Influence du traumatisme.* — Nous arrivons maintenant à un côté intéressant de la question : l'influence du traumatisme. Rapportons tout de suite les cas où il semble avoir joué un rôle.

Observation IX

Observation de Klëinwachter (citée par Delbet et Heresco)

Femme de 44 ans ; a eu 5 enfants.

La tumeur est apparue, il y a un an, à la suite d'un traumatisme sur le bas-ventre. Elle se développe d'une manière lente et progressive. L'augmentation est plus marquée au moment des règles. Il y a de temps en temps de légères douleurs. La tumeur est mobile : elle remplit le bassin et est située en avant de l'utérus. Quand on cherche à la soulever, on détermine des douleurs dans la région du ligament de Poupart. On diagnostique : tumeur solide de l'ovaire droit.

Opération. — Diagnostic anatomique : fibrome du ligament rond. Poids 1750 grammes.

Dans l'observation de Verneuil (V. obs. IV), la malade attribue la production de la tumeur à un effort qu'elle aurait fait dans la matinée. Voici un troisième fait. Nous le trouvons dans la *Revue allemande de Chirurgie* (1895), rapporté par Heydemann.

Observation X

Femme âgée de 44 ans. Bonne santé habituelle. Fièvre typhoïde à 18 ans. De temps en temps quelques vomissements. Menstruation régulière. La patiente eut deux accouchements normaux. Depuis de nombreuses années elle sentait, à l'époque des règles, dans la région de l'aine droite, un tiraillement douloureux qui disparaissait peu à peu. Dans l'automne de l'année 1892, elle ressentit, en levant un objet lourd, une douleur soudaine et aiguë dans la région inguinale droite. En tâtant cette partie, elle remarqua une petite tumeur qu'elle n'avait jamais constatée auparavant. Le diagnostic fut celui de hernie irréductible de l'aine.

L'opération montra qu'on était en présence d'un fibromyome du ligament rond.

Dans ces cas, le traumatisme aurait révélé au dehors l'existence de la tumeur. Le début a été trop brusque pour imaginer qu'il a pu lui donner naissance. Les faits sont encore trop peu nombreux pour en retirer un enseignement utile au point de vue symptomatique. Dans l'observation précédente et celle de Delbet, le traumatisme aurait marqué l'éclosion du fibrome en question ; il est bien difficile d'admettre quelque chose de plus. Mais dans certains cas ne pourrait-il pas avoir une action déterminante ? Ne pourrait-il pas localiser dans certains points, ici le ligament rond, une activité cellulaire qui ne demande qu'à se produire ? Il se passerait quelque chose d'analogue à ce que nous sommes habitués à voir dans les cas où, par exemple, un traumatisme d'une articulation détermine une tumeur blanche. Nous n'insistons pas davantage.

e) *Rapports avec le système nerveux.* — Passons à cette considération importante : le rapport des tumeurs du ligament rond

avec le système nerveux central. Nous allons reproduire une observation de Roustan.

Observation XI

Roustan. — *Montpellier médical*, 1884.

M. C..., âgée de 33 ans, mariée depuis 10 ans, s'est toujours bien portée jusqu'à son mariage. Elle avait eu à 17 ans une fièvre typhoïde relativement bénigne, à la suite de laquelle elle resta très excitable, très nerveuse, présentant les signes d'une hystérie peu accentuée : larmes et rires faciles, constriction à la gorge. Ses parents se portent bien et n'ont jamais eu aucune maladie nerveuse. Elle est devenue enceinte deux ans après son mariage et a accouché normalement d'un gros garçon qu'elle a essayé de nourrir. Au troisième mois, elle a remarqué dans l'aine droite une petite tumeur qui s'est développée pendant la grossesse, mais très lentement. Après l'accouchement elle a même paru diminuer un peu de volume. A partir du huitième mois de l'allaitement elle a souffert de névralgies diverses ; toutes les branches du trijumeau ont été successivement prises. La tumeur est devenue le siège de douleurs qui s'irradiaient dans la cuisse. La malade a souffert de gastralgies atroces et finalement elle a dû cesser l'allaitement devant l'apparition de crises hystéro-épileptiques, qui se répétaient quelquefois à 7 à 8 reprises par jour, pendant deux ou trois jours consécutifs. Ces accidents se montraient d'ordinaire à la période menstruelle. Au milieu du mois elle avait quelquefois une crise considérablement atténuée. Lorsque les crises arrivaient la nuit, elles occasionnaient souvent l'émission inconsciente de l'urine et des matières fécales. La patiente n'était pas réveillée, mais elle gardait le lendemain une fatigue considérable. Le jour elle sentait venir l'attaque, conservait sa connaissance au commencement, perdait petit à petit toute notion de ce qui se passait autour d'elle et finissait par des convulsions cloniques sur place, sans aucun déplacement, absolument semblables aux convulsions cloniques de l'épilepsie. Le coma et le stertor venaient ensuite pour augmenter les analogies. Le début de la crise ne rappelait en

rien la chute brusque, ni la convulsion tonique, ni l'inconscience des crises épileptiques, et cependant tout le reste s'y trouvait.

L'intelligence s'est modifiée peu à peu et aujourd'hui, on ne compte plus sur elle pour quoi que ce soit dans la maison ; elle ne déraisonne pas, mais elle raisonne très peu. Elle se plaint très fort pour peu de chose et d'autres fois supporte de vraies souffrances sans mot dire.

La tumeur est du volume d'une petite noix, située à la partie interne du pli de l'aine, au niveau de l'orifice externe du canal inguinal. Elle est dure, sessile, mate, non fluctuante, non réductible... Elle est plus ou moins sensible au toucher ; suivant les jours, la malade prétend quelle souffre au moment des époques menstruelles et au moment des crises... Certaines crises auraient même été produites par la compression de la tumeur... Je diagnostiquai une hernie de l'ovaire... Opération ; on trouve la tumeur adhérente par un seul point au canal inguinal.

Mon diagnostic avait été erroné.

Les crises ne reparurent plus d'un mois et demi, soit sous l'influence du choc opératoire, soit sous l'influence du bromure, soit aussi sous l'influence de la cause occasionnelle primitive.

Les observations de ce genre sont précieuses, mais elles sont rares. Nous ne pouvons par le fait même en dégager des conclusions pratiques. Il est bien certain que chez le sujet de Roustan la tumeur n'a fait que réveiller une prédisposition morbide qui s'était déjà manifestée par quelques troubles légers. Ces sortes de tumeur pourraient donc exercer une action à distance sur l'élément psychique ; car, d'après l'observation, « certaines crises auraient été rappelées par la compression de la tumeur ». Quant à savoir quel serait le rapport, le lien qui rattacherait ces productions pathologiques aux centres encéphaliques, c'est une question que nous devons encore pleinement réserver. Il n'est rien de plus facile à imaginer qu'une hypothèse en pathologie nerveuse ; mais on peut toujours craindre le démenti. Imitons la sagesse des anciens.

Dans le doute, abstiens-toi, disaient-ils ; nous suivons leur exemple.

Nous avons voulu nous étendre sur ces quelques questions intéressantes ; elles nous ont paru utiles à envisager. Nous allons voir à propos du diagnostic tout le parti que nous pouvons en tirer.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Après avoir étudié à la lumière du microscope et de l'embryologie la structure histologique des tumeurs du ligament rond, après avoir passé en revue les diverses manifestations symptomatiques que nous sommes habitué à leur voir revêtir, nous devons nous occuper de démêler ce qui leur appartient en propre : c'est là le but du diagnostic.

Une chose nous frappe dans les observations que nous avons sous les yeux, c'est la facilité avec laquelle on est conduit à poser un diagnostic erroné. Duplay, Verneuil et tant d'autres se sont mépris. Nous avons vu, la plupart du temps, l'intervention thérapeutique redresser leur erreur et les forcer à abandonner les raisons qui les avaient fait conclure primitivement. Ceci prouve bien ce que nous avons dit à propos du peu de contingence de l'ensemble symptomatique. A l'heure où les observateurs déjà cités se trouvaient en présence de ces tumeurs, les cas étaient peu nombreux, la clinique était d'autant plus ardue. A l'heure actuelle, où l'étude de ces questions est mieux faite, où leur histoire est mieux connue, on arrive le plus souvent à ne pas s'égarer dans une voie fausse ; mais il n'en reste pas moins acquis que les causes d'erreur sont multiples. Nous allons les passer en revue. La région de l'aine chez l'homme comme chez la femme peut devenir le siège de

beaucoup de productions morbides. A celles-ci s'ajoute chez la femme la présence possible dans cette région des annexes utérines proliférées ou prolabées. Nous devons même dire que les affections de l'aine, qu'elles siègent dans le domaine du canal inguinal ou du canal crural, sont loin d'être rares. Leur diagnostic est souvent difficile. A plus forte raison quand on a affaire à des tumeurs aussi variables que les tumeurs du ligament rond.

Et d'abord un premier élément de diagnostic est le suivant. Supposons une tumeur pédiculée. Si, par un examen minutieux, nous pouvons affirmer que le pédicule traverse le canal crural, notre conviction est faite : ce n'est pas une tumeur du ligament rond. Voilà donc un signe de haute valeur. Le champ des difficultés est déjà bien réduit : nous n'avons plus à nous occuper des *tumeurs de la région crurale*.

Duplay, le premier, a attaché une grande importance à la présence ou à l'absence du pédicule. Nous ne pensons pas tout à fait comme lui. Car, dans la première hypothèse, présence du pédicule, nous connaissons beaucoup de tumeurs inguinales qui le possèdent, et dans la seconde, absence du pédicule, nous ne sommes pas plus avancés.

Voici dans quel sens nous allons discuter les diverses causes d'erreur. Dans un premier paragraphe nous nous occuperons des tumeurs intrapelviennes, dans un second des tumeurs inguinales. Cette division convient parfaitement à la clinique et contribue à l'unité de notre étude.

I. — Tumeurs intrapelviennes

La diagnostic de ces tumeurs du ligament rond a été judicieusement discuté par Delbet dans le mémoire auquel nous avons déjà fait beaucoup d'emprunts. Dans la plupart des cas

il n'a pu être établi ; pourtant, d'après l'auteur, il n'est pas impossible et, dans les observations que nous rapportons, notre maître Tédenat n'a pas hésité un seul moment à le poser. La première idée qui se présente à l'esprit en présence d'une tumeur pelvienne et latérale, c'est qu'on a affaire à un kyste de l'ovaire. Voici une observation de Delbet où ce diagnostic fut bien près d'être porté :

Observation XII

Delbet et Heresco. — *Revue de chirurgie* (*loc. cit.*)

Mme de B..., 48 ans, ne présente rien à noter dans ses antécédents héréditaires. Elle a toujours eu une excellente santé et a eu 2 enfants. Ses règles ont toujours été régulières, mais peu abondantes. L'histoire de sa maladie remonte au mois de février 1891. A cette époque elle remarqua par hasard, en se retournant dans son lit, que son ventre était gros et présentait quelque chose d'anormal ; elle ne souffrait nullement, l'augmentation du volume était lente. Dans le cours de l'année 1893 survinrent quelques étouffements qui obligeaient la malade à quitter son corset surtout après le repas. Le ventre par son poids commence à devenir gênant en 1894, la marche est pénible. La tumeur augmente avec plus de rapidité et l'état général s'altère, amaigrissement considérable, perte de force. En 1895, la malade ne peut plus se baisser, et en même temps elle éprouve une grande difficulté pour se relever une fois assise. Dans le lit le décubitus dorsal est seul possible avec les genoux pliés L'allongement des jambes est douloureux. Les règles sont devenues irrégulières depuis le commencement de l'année 1895. Après des retards de deux à trois mois, l'hémorragie se fait plus abondante, la malade touchait à la ménopause. Depuis quelque temps elle éprouve des douleurs dans le côté droit. Quand la malade se présente pour la première fois, son amaigrissement est extrême : cependant il n'existe aucune autre lésion que la tumeur. Celle-ci fait une énorme saillie et déforme l'abdomen d'une manière considérable. Elle remplit et soulève l'hypogastre, les flancs et la région ombilicale et remonte jusqu'à mi-chemin entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde.

A l'inspection on a l'impression qu'il s'agit d'un gros kyste de l'ovaire. Cependant la palpation, qui est rendue très facile par la flaccidité et la maigreur des parois du ventre, montre que la tumeur est solide et ne présente aucun point fluctuant. Sa surface est assez régulière, mais elle présente cependant un léger étranglement qui la sépare en deux lobes : l'un, beaucoup plus considérable, qui remplit presque tout l'abdomen ; l'autre, plus petit, qui fait saillie à gauche.

Sa consistance est ferme et élastique ; certains points cependant sont un peu plus mous que d'autres ; mais nulle part il n'existe de fluctuation. La palpation ne détermine aucune douleur, sauf dans une petite région située sur le bord droit de la masse. La tumeur est mobile, pas d'ascite. Par le toucher vaginal joint à la palpation hypogastrique, on constate facilement que la tumeur descend dans le petit bassin et y fait une grosse saillie du côté droit et en avant de l'utérus. Ce dernier, absolument indépendant, est refoulé à gauche et en arrière. M. Delbet porte le diagnostic de tumeur solide de l'ovaire droit et conseille l'intervention.

Opération. — Examen histologique : il s'agit d'un fibromyome.

Les zones du tissu musculaire lisse sont séparées par des travées assez larges de tissu conjonctif onduleux. Dans beaucoup d'endroits le tissu a subi la dégénérescence muqueuse ; mais on n'a trouvé nulle part de tissu muqueux proprement dit.

Delbet était donc bien sur le point de croire à une tumeur kystique. La malade de Kleinwachter (Observation IX) présentait à peu près les mêmes symptômes. On avait songé à un kyste ovarien. Léopold a suivi ces exemples.

Observation XIII

La malade, âgée de 43 ans, mère de deux enfants, a constaté l'existence de la tumeur pour la première fois il y a 14 ans. La tumeur est restée stationnaire pendant quelque temps ; puis elle a semblé diminuer de volume ; depuis un an elle a augmenté. Presque indolente au début, elle a déterminé des douleurs de plus en plus fortes,

surtout au moment des règles. Amaigrissement. On perçoit en bas et en avant une fluctuation peu nette. On diagnostique avant l'opération : kyste de l'ovaire droit multiloculaire. Adhérence à la paroi abdominale à droite. L'utérus en rétroversion est peu mobile.

Bien d'autres auteurs ont établi le même diagnostic dans des cas à peu près semblables où le syndrome était identique. « En effet, dit Delbet, on palpe, on constate que la tumeur n'est pas fluctuante, ou bien il existe, comme dans le cas de Kleinwachter, des points durs et des points ramollis. Par le toucher, on reconnaît que l'utérus est complètement indépendant de la tumeur. Cette constatation faite, l'idée qui vient naturellement, c'est qu'il s'agit d'une tumeur de l'ovaire... »

On voit par là combien le diagnostic ainsi posé entraîne un pronostic bien différent de celui que nous connaissons à ces tumeurs. La difficulté est encore accrue quand la tumeur siège très haut, à l'insertion du ligament sur l'utérus, comme nous en rapportons un exemple (V. obs. VI).

Dans ces circonstances, il est quelquefois difficile de bien délimiter la tumeur, et, si quelques adhérences fibreuses la rattachent au muscle utérin, on est à peu près sûrement conduit à penser à un néoplasme de cet organe.

Dans l'observation à laquelle nous faisons allusion, on avait pu par un examen minutieux se rendre compte que l'utérus ne faisait nullement partie de la masse pathologique, et cette constatation avait à elle seule commandé le diagnostic de tumeur ligamenteuse. C'est là, en effet, un point essentiel : la tumeur est indépendante de l'utérus. Si l'on veut bien réfléchir un moment sur cette dernière recherche, on y trouvera la clef du problème. Car nous éliminons par le fait même et immédiatement les tumeurs utérines ; mais il reste encore beaucoup de choses qui peuvent prêter à confusion, en particulier les tumeurs des annexes. Les kystes de l'ovaire, les pyo et hématosalpinx, les tumeurs solides des ovaires et des trompes, se

présentent avec un symptôme commun : production pathologique, néoplasme. A nous de savoir le rapporter à l'organe dont il dépend : voilà la vraie difficulté.

Si nous procédons à un examen plus complet, le toucher nous apprend que la tumeur siège en avant de l'utérus. Tous les auteurs qui ont rapporté des cas de fibromyomes ligamenteux pelviens ont retrouvé ce syndrome (Delbet, Léopold, Tédenat, etc.). « Cette situation, qui paraît embarrassante, est » précisément celle qui doit conduire au diagnostic. En effet, » les tumeurs pelviennes qui se placent en avant de l'utérus » sont extrêmement rares ; aussi le champ des hypothèses est » avantageusement circonscrit...». Nous allons, de ce fait, en éliminer un certain nombre et en particulier les salpingites et les kystes ovariens.

Les inflammations de la trompe de Fallope ne sont pas choses rares en chirurgie (63 0/0 d'après Martin, 50 0/0 d'après Waldo). Le plus souvent, elles sont unilatérales : notre but n'est pas d'insister sur ce point ; mais, si en présence des symptômes douloureux de la malade, douleur sourde, siégeant dans l'hypocondre, exagérée par la pression, nous sommes amené à pratiquer l'examen obstétrical, voici ce que nous constatons : la trompe enflammée repose ordinairement dans le cul-de-sac de Douglas, dans l'infundibulum péritonéal utéro-sacré. Nous la trouvons là adhérente aux replis séreux et, en essayant de la mobiliser, nous déterminons de la douleur. L'examen de la place laissée vide qu'elle devrait occuper nous confirme dans notre impression première. Nous voyons, par ce simple exposé, que le début de la tumeur ligamenteuse ne ressemble en rien à celui d'une salpingite ; l'examen des culs-de-sac vaginaux ajoute encore à notre conviction. Mais il faut dire aussi qu'on a cité des cas (Terrillon) où la trompe avait basculé en avant, du côté de la paroi abdominale antérieure. Dans ces cas, la confusion est possible, mais le doute ne résiste pas à un

examen plus complet. Il est donc toujours possible de ne pas commettre une erreur de diagnostic. L'inflammation, qui est le véritable symptôme de la salpingite, nous ne la trouvons pas dans nos tumeurs de ligament rond ; elles évoluent dans le plus parfait silence.

Les Kystes de l'ovaire méritent de nous arrêter encore. Sans nous perdre dans des détails d'embryologie et de clinique, ce qui nous éloignerait un peu de notre sujet, nous ne voulons retenir qu'un seul symptôme : l'existence de la tumeur unilatérale dont les limites s'étendent plus ou moins en hauteur et en surface. Les fibromyomes du ligament rond présentent aussi cet aspect. D'un autre côté, nous savons combien la sensibilité de l'ovaire est exquise : une légère pression suffit à déterminer une douleur pénible qui n'a d'égale que celle provoquée par la palpation du testicule. Si, comme nous l'avons vu dans une observation précédente (V. obs. XII.), la tumeur pelvienne présente en un point quelconque (ici bord droit) cette sensibilité dont nous parlons, le diagnostic paraît très simple : tumeur solide de l'ovaire. S'il existe un peu de fluctuation : kyste ovarien. Et, cependant, ce diagnostic, nous l'avons vu, a été plusieurs fois erroné. Léopold, Delbet et tant d'autres ont été trompés par ce syndrome que nul ne songeait à contester. Il faut donc trouver un autre moyen de discerner les deux espèces de tumeur. « ... En règle générale, dit Delbet, toutes les » tumeurs de l'ovaire se placent en arrière de l'utérus, toutes, » sauf les kystes dermoïdes. Küster a insisté sur ce dernier » point. Il déclare que tout kyste, situé en avant de l'utérus, » doit être considéré comme dermoïde... ». Cette notion, née des recherches cliniques les plus récentes, est, pour nous, le vrai, le seul élément qui puisse diriger notre jugement.

Ainsi, peu à peu, par une sorte d'évolution spontanée, notre esprit, d'abord perdu dans une foule d'éléments disparates,

retrouve le fil conducteur. Ainsi l'examen minutieux des circonstances et des symptômes amène, à sa suite, un diagnostic solide. Concluons donc: Les salpingites se distinguent par un signe clinique particulier qui ne ressemble pas à celui des tumeurs du ligament rond. Les kystes de l'ovaire, situés en avant de l'utérus, ne sont que des kystes dermoïdes : c'est ce qui résulte de l'expérience clinique. Il ne restera plus qu'à séparer ces derniers. L'âge de la malade, la sensation du contenu kystique ; enfin, quelques autres signes particuliers nous fourniront les preuves de l'existence du kyste. Leur absence constatée, nous penserons immédiatement aux tumeurs du ligament rond. Ainsi se posera peu à peu notre diagnostic. Nous allons passer, maintenant, à la seconde partie de notre division : les tumeurs extrapelviennes.

II. — Tumeurs extrapelviennes

Nous allons les étudier en nous servant encore de la division anatomique ; nous savons qu'elles peuvent être inguinales ou descendre dans la grande lèvre :

1° *Tumeurs inguinales*

a) Entérocèles, Épiplocèles. — La confusion avec une hernie de l'intestin ne paraît pas possible. Les antécédents, la réductibilité, la fréquence même des entérocèles nous suffisent, on peut le dire, dans tous les cas.

Il n'en est pas de même pour l'épiplocèle, et, en particulier, pour l'épiplocèle irréductible. Le prolapsus d'un coin du tablier graisseux péritonéal dans le canal inguinal n'est pas rare. Au début, la hernie épiploïque est parfaitement réductible ; mais,

au bout d'un certain temps, par suite d'une irritation quelconque, elle contracte des adhérences avec les parois de son nouveau domicile; des brides fibreuses la circonscrivent: l'irréductibilité est créée. Le pédicule donne la sensation de corde de Velpeau. La tumeur, quelquefois molle, est, le plus souvent, de consistance dure; elle est indolente et ne s'accompagne pas de phénomènes inflammatoires. Ce tableau ressemble, de tout point, à celui des tumeurs du ligament rond, car nous ne parlerons pas ici des tumeurs irréductibles ou kystiques (V. Symptômes). Pour les distinguer, on se reportera à l'étude des commémoratifs et à l'absence de symptômes du côté du tube digestif. La constatation des uns et des autres éclairera le clinicien.

b) Lipocèles. — Les lipocèles, le plus souvent formés par un lipome péritonéal émigré dans le canal inguinal, sont beaucoup plus rares. Mais aussi les lipomes du ligament rond existent: nous en avons parlé à propos de l'anatomie pathologique (v. obs. V). La consistance est la même: le réseau des veines sous-cutanées est apparent dans les deux cas et témoigne de la gêne circulatoire produite par la compression des tissus; dans les deux cas, pas d'impulsion à la toux ni à l'effort. Ils ne diffèrent que par les deux signes suivants (Duplay): le lipocèle n'est pas indolent; « il est le plus souvent » le siège d'une douleur plus ou moins accusée pendant la » marche ou la pression. La tumeur graisseuse peut diminuer » sous l'influence de la pression exercée ». Cela suffit pour le diagnostic.

c) Kystes du canal de Nuck. — Nous voici arrivé à un fait intéressant à divers points de vue. Nous allons entrer dans quelques détails à ce sujet.

Le canal de Nück est à la femme ce qu'est à l'homme le

canal vaginéo-péritonéal, si bien étudié par Romonède. M. Berger a complété la question par des travaux remarquables, et la description en a été reprise tout récemment (1893) par Cachau dans sa thèse inaugurale.

A l'état normal, le péritoine s'arrête au niveau de l'orifice interne du canal inguinal, qu'il recouvre sans le pénétrer ; mais il arrive parfois qu'il se laisse invaginer dans ce canal jusqu'à une distance plus ou moins grande de l'orifice externe. Cette anomalie d'évolution, dont nous sommes encore à nous demander la raison, est loin d'être rare. On comprend ainsi la formation dans ce sac séreux diverticulaire de petites poches plus ou moins régulières, plus ou moins résistantes et qui peuvent prêter à des erreurs de diagnostic. Ces kystes du canal de Nück sont donc les homologues des kystes funiculaires chez l'homme. Il arrive souvent que ces kystes, occupant le tunnel inguinal dans presque toute sa longueur, sont pris pour des tumeurs du ligament rond. Cette erreur est d'autant plus facile à commettre que la forme de la tumeur est la même dans les deux cas. Bien plus, le ligament rond peut être tellement uni par des tractus conjonctifs à la paroi séreuse qu'une dissection patiente et laborieuse pourrait à peine les séparer. Le pédicule existe en même temps. Il est pourtant possible le plus souvent de distinguer le kyste du canal de Nück d'une tumeur ligamenteuse. Les observations de ces kystes se rapportent le plus souvent à des filles très jeunes ou du moins leur début remonte souvent à l'enfance : ils sont congénitaux. Les tumeurs du ligament rond se rencontrent presque toujours chez des femmes en pleine évolution génitale, le plus souvent même à la ménopause : elles sont acquises. Mais une difficulté nouvelle se présente. Il arrive parfois que le kyste du canal de Nück accompagne une tumeur kystique ligamenteuse. En voici un bel exemple :

Observation XIV

Tumeur kystique de la grande lèvre. — Fibromyome kystique du ligament rond et du canal de Nück.

Observat. de J. Reboul. Société anatomique, juillet 1888.

M. X..., 45 ans, entre le 20 avril 1888 à l'hôpital Lariboisière, salle Gosselin, n° 31, dans le service du Dr Périer. Règles toujours régulières. 3 enfants, le dernier il y a 16 ans, et une fausse couche. Depuis son deuxième accouchement, la malade éprouve une sensation douloureuse à la partie supérieure de la grande lèvre droite. Cette douleur s'irradie dans le bassin et la cuisse. La tumeur a augmenté peu à peu. Depuis quelques mois les règles sont devenues plus abondantes. Bonne santé habituelle.

A l'entrée de la malade, on constate que la grande lèvre droite est le siège à sa partie supérieure, au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, d'une petite tumeur allongée de haut en bas, paraissant adhérente à l'orifice inguinal et se continuant dans la lèvre par un cordon noueux. La tumeur, du volume d'un œuf de pigeon, a une surface irrégulière, bosselée ; elle est dure et fluctuante par places. La pression entre les doigts est douloureuse et cette douleur s'irradie en suivant le trajet inguinal dans le bassin et la cuisse droite.

La malade accuse des douleurs spontanées avec les mêmes irradiations et survenant à l'époque des règles. Cette période des règles s'accompagne d'une augmentation de volume de la tumeur. Légère impulsion à la toux. Pas de hernie, rien à gauche.

Diagnostic : fibrome kystique de l'extrémité inguinale du ligament rond.

La pièce que nous avons l'honneur de présenter à la Société anatomique nous paraît être une tumeur fibro-kystique de l'extrémité inguinale du ligament rond. La masse principale forme une tumeur allongée, creusée d'un canal étroit, se continuant en haut avec le cul-de-sac péritonéal et le ligament rond, se rétrécissant ensuite et se terminant en bas en s'évasant sous forme d'un éventail ou d'un cône. Des kystes sont disposés autour de la tumeur.

En incisant longitudinalement la tumeur, on voit qu'elle forme

les parois d'un canal. Elle est constituée par des bandelettes fibreuses entrecroisées et divergeant au niveau de l'infundibulum inférieur, qui se termine brusquement par un bord arrondi et ne contractant pas d'adhérences avec les tissus de la grande lèvre. Les parois de la partie supérieure du canal se continuent en s'amincissant avec le canal de Nück et le ligament rond étalé.... L'examen histologique nous a montré que la masse de la tumeur et les parois du canal sont formées de tissu conjonctif réticulé et fasciculé, renfermant des îlots de cellules adipeuses et quelques faisceaux musculaires lisses. Le pédicule est formé de fibres lisses et revêtu à sa face interne d'une couche épithéliale de cellules cubiques.

Conclusion : La tumeur que nous présentons nous paraît être développée aux dépens du ligament rond et du canal de Nück. La masse principale, formée de tissu conjonctif très vasculaire, peut être considérée comme une hyperplasie de l'extrémité inguinale du ligament rond.

Dans ce cas le diagnostic est à peu près impossible : nous n'avons pas assez d'éléments pour différencier les deux lésions ; d'ailleurs le traitement est le même.

d) Hernie de l'ovaire.— L'ovaire, comme tous les organes abdominaux, peut, dans une circonstance pathologique, soit par manque de soutien, soit par inflammation chronique, se présenter dans une région de la cavité pelvienne qui normalement ne doit pas le recevoir. Ce changement de domicile dans la région inguinale constitue la hernie. L'ovaire hernié se présente sous la forme d'une petite tumeur, dont la présence est assez bien supportée, mais dont la pression réveille la sensibilité particulière, sensibilité ovarienne que tout le monde connaît bien. A l'époque des règles, la petite tumeur augmente de volume et la malade éprouve des tiraillements dans la région qui en est le siège. Ces caractères, nous les trouvons aussi dans certaines tumeurs du ligament rond ; il suffit, pour s'en convaincre, de relire l'observation citée plus haut (V. obs. XI). Le tableau de la hernie de l'ovaire était parfait ; le diagnostic

n'avait pas été déguisé. Malheureusement l'examen histologique vint montrer qu'une erreur avait été commise. La malade, dit Roustan, s'était refusée d'une manière catégorique à l'examen des organes génitaux : l'examen clinique avait donc été incomplet. « Il y avait, dit-il, à mon erreur, des circonstances atténuantes... » Nous les accordons volontiers, mais le fait en lui-même n'en existe pas moins : l'erreur est possible. Un moyen de ne pas s'y laisser prendre, c'est d'examiner les organes génitaux internes. L'ovaire ne peut pas s'échapper tout seul. Il entraîne avec lui le ligament large, et celui-ci à son tour fait basculer l'utérus et relève son orifice. Le mécanisme est facile à comprendre. L'examen obstétrical suffit donc, mais il est nécessaire.

e) Tumeurs ganglionnaires.. — Nous savons combien la région inguinale est riche en groupes lymphatiques. La nature a tenu à multiplier sur place les moyens de défense en raison du plus grand danger d'infection. Les lymphatiques de l'anus et de la vulve se rendent aux ganglions inguinaux ; ceux des membres inférieurs en sont aussi tributaires. Il y a donc beaucoup de raisons pour retrouver dans l'aine beaucoup de tumeurs ganglionnaires, sans parler de celles qui sont l'expression d'une diathèse scrofulo-lymphogène ou qui représentent les postes avancés d'une infection épithéliomateuse. Il arrive souvent que la lésion des ganglions se communique à leur atmosphère cellulo-fibreuse. L'adénite se complique de périadénite. Si dans quelques cas la suppuration se produit, il arrive souvent que l'organisation fibreuse devient la terminaison de la poussée inflammatoire. C'est alors que ces tumeurs peuvent être prises pour des tumeurs du ligament rond. La consistance est la même, l'indolence existe dans les deux cas. Nous avons vu que la tumeur ligamenteuse, au début, ressemblait à une noisette roulant sous le doigt. Cette constatation, dans un endroit où les

ganglions sont fréquemment intéressés, fait penser immédiatement à un début d'adénite. Il n'en est rien. Il faut donc s'attendre à discuter ce diagnostic, qui le plus souvent ne paraît pas discutable. Ici les antécédents jouent le principal rôle. L'examen attentif des organes, portes d'entrée de l'infection. lèvera tous les doutes. Il est inutile d'insister plus longtemps.

Les *abcès froids* de la région seront éliminés par les caractères qui leur sont propres.

Nous ne nous arrêterons pas à d'autres tumeurs plus rares, *anévrysmes*, *varices*. La luxation *iléo-pubienne*, la *fracture du fémur* seront aisément reconnues, au moins, relativement à une tumeur du ligament rond.

Nous en avons fini avec l'étude du diagnostic des tumeurs inguinales du ligament rond. Comme conclusion, nous dirons qu'il est à peu près toujours possible en nous réservant cependant pour ce qui concerne les kystes du canal de Nück.

2° *Tumeurs intralabiales*

Il nous reste à parler maintenant des tumeurs du ligament rond ayant leur siège dans la grande lèvre. Les faits sont nombreux. Les observations de Spencer, Wells, Duncan, Paletta, Verneuil, Delbet, en font foi. Ces tumeurs sont plus ou moins contenues dans la grande lèvre. Quelquefois elles sont rattachées à la région par un long pédicule. Polaillon en a rapporté un cas, que nous reproduisons ici.

Observation XV

Fibromyome du ligament rond pédiculé. (*Bulletin Société de chirurgie.* 1891) Observation de Polaillon.

Dame, environ 45 ans Tumeur ayant débuté il y a un certain nombre d'années à la partie supérieure de la grande lèvre gauche, par

un épaississement dur, qu'on ne pouvait attribuer à aucune cause traumatique ou autre. Il y a 4 ans, la tumeur avait le volume du poing ; elle était indolente. Puis elle acquit de telles dimensions, que l'ablation devint indispensable. En effet, la tumeur était aussi grosse que la tête d'un enfant de un à deux ans. Elle s'implantait sur la grande lèvre gauche qui se confondait avec elle et lui formait un pédicule. Puis, elle s'élargissait en forme de poire et descendait jusqu'au niveau du 1/3 inférieur de la cuisse. La peau de la grande lèvre s'étalait à sa surface. Les poils étaient très espacés. Son derme n'était pas hypertrophié. Il ne s'agissait pas d'éléphantiasis, ni d'un molluscum pendulum. La tumeur était régulièrement bosselée, nullement réductible. Sa consistance était assez ferme ; la peau glissait à sa surface. Pas de hernie.

Diagnostic : fibromyome du ligament rond.

Nous savons, d'un autre côté, combien les kystes muqueux ou séreux des grandes lèvres sont fréquents dans nos salles de clinique. Ils se présentent sous l'aspect de tumeurs plus ou moins rénitentes, plus ou moins étalées, et, à première vue, il semble difficile de distinguer si ces kystes sont nés dans la grande lèvre ou s'ils y ont été transportés par un mécanisme de cheminement, tel que l'avait entrevu Roustan. Un élément important pour le diagnostic est le suivant ; il a été donné par Duplay... « Toutes les fois que l'on se trouvera en présence » d'une tumeur ayant débuté au niveau de l'orifice externe du » canal inguinal, on devra songer au ligament rond. Au con- » traire, toute tumeur siégeant d'abord à la partie moyenne » ou inférieure de la grande lèvre, n'appartiendra pas à cet » organe... »

L'observation suivante présente à cet égard un intérêt particulier.

Observation XVI

Citée par Duplay (*loc. cit*)

La nommée L..., concierge, 42 ans, entre le 6 septembre 1874 à l'hôpital des Cliniques, dans le service de Broca, alors suppléé par Terrier, pour une tumeur développée dans l'épaisseur des grande et petite lèvres gauches. Elle date de trois ans et demi. Au début elle était grosse comme un pois, faisant saillie à la face inférieure de la petite lèvre au 1/3 inférieur. Elle était dure, prurigineuse. A la fin de la première année, elle avait atteint le volume d'une noisette, toujours très dure, indolente, prurigineuse. La deuxième année, son développement ne fait pas beaucoup de progrès ; mais en 1874, elle s'accroit rapidement, et la marche devient pénible. Au mois d'août, la base de la tumeur s'ulcère, et la malade entre à l'hôpital le 7 septembre 1874.

Etat actuel : tumeur dure, rénitente, pédiculée, occupant les deux tiers inférieurs des deux lèvres, effilée à la partie supérieure, arrondie, évasée à la partie inférieure, où l'on trouve deux ulcérations de la grandeur d'une pièce de cinq francs. Le tissu fait hernie à travers ces ulcérations ; il présente un aspect framboisé rougeâtre et laisse suinter un liquide séro-sanguinolent. Le bord antérieur est arrondi, les faces regardent l'une en dedans, l'autre en dehors. La peau est saine au dehors, la muqueuse en dedans. Les ganglions sont pris des deux côtés, l'état général est des meilleurs.

Opération le 12 décembre.

Examen pratiqué par M. Ranvier. Les éléments qui dominent sont ceux d'un fibrome jeune, en voie de développement. La présence de fibres musculaires est restée douteuse, de sorte que l'on ne paraît pas avoir affaire, dans ce cas, à un fibromyome.

« Ce qui écarte immédiatement l'idée de tumeur du ligament rond, » c'est que la tumeur fait saillie à la face interne de la petite lèvre » au 1/3 inférieur. Un autre symptôme, c'est l'ulcération que l'on » ne trouve pas dans les tumeurs ligamenteuses. » (Duplay.)

Ainsi, c'est sur le siège même de l'implantation néoplasique que l'on devra baser le diagnostic. « Si, le début de la tumeur au niveau de l'orifice inguinal externe une fois mis hors de doute, on peut ensuite constater la résistance opposée par la tumeur aux tractions opérées d'arrière en avant par suite de son développement dans l'intérieur du sac dartoïque, l'augmentation de volume ou l'exacerbation de la douleur aux époques menstruelles, le diagnostic de tumeurs du ligament rond pourra être considéré comme établi..... On devra faire intervenir ce diagnostic toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'une femme affectée de tumeur siégeant à l'aine ou à la vulve..... »

Nous voilà donc à peu près en mesure de différencier les tumeurs du ligament rond des diverses productions pathologiques qui peuvent leur ressembler par leur siège ou leur volume. Nous avons donc pu, par une connaissance approfondie des symptômes et l'interprétation judicieuse de leur valeur respective, arriver à éclaircir un peu le diagnostic quelquefois incertain. Nous pensons donc que, à l'heure actuelle, il est possible, dans la presque totalité des cas, de ne pas tomber dans une erreur préjudiciable aux malades. Le diagnostic n'a qu'un but : diriger la thérapeutique. Maintenant que nous avons appris à le poser, nous sommes préparés pour l'intervention opératoire. Car le temps que l'on peut consacrer à l'expectation armée dans les cas difficiles n'est pas au bénéfice de la patiente. La chirurgie, pour remplir son programme, pour donner tous ses fruits, doit agir promptement, sûrement, et avec toute la forme désirable. *Tuto, cito et jucunde.* Il nous restera donc à parler du pronostic et du traitement.

CHAPITRE V

PRONOSTIC. — TRAITEMENT. — CONCLUSIONS

Nous avons vu que les tumeurs du ligament rond font partie du groupe des tumeurs bénignes. Nous ne trouvons dans leur évolution aucun caractère qui puisse nous inspirer de la défiance à leur égard. Un seul symptôme peut nous effrayer : c'est l'amaigrissement des malades. Nous avons vu plus haut ce qu'il fallait en penser. Bien souvent les malades en sont fâcheusement impressionnées ; il appartient au médecin de réagir contre cette dépression morale. C'est le commencement du succès. Mais, si la tumeur prend des proportions considérables, si les symptômes réflexes qu'elle détermine font leur apparition, si surtout, malgré les fiches indicatrices que nous avons échelonnées dans cette étude, le doute subsiste encore, alors on sera autorisé à intervenir.

Comment intervenir ? Il ne paraît pas y avoir de traitement médical des tumeurs du ligament rond, à part le traitement symptomatique. Nous sommes quelquefois obligés, de par la puérilité de la malade, de par l'âge ou les circonstances, à nous en tenir là ; mais il serait inutile de compter sur un résultat. Les tumeurs du ligament rond rentrent donc dans la pathologie chirurgicale. L'intervention opératoire, faite dans les règles que nous n'avons pas à préciser ici, avec les précautions antiseptiques auxquelles nous sommes habitués, sera

donc la méthode de choix. On a noté la guérison de tous les cas opérés : ce résultat clinique doit nous inspirer confiance. C'est encore un succès de la chirurgie contemporaine, dont on cherche tant à déprécier les mérites, mais qui, à la lumière de la science des grands maîtres, doit nous faire présager un avenir encore plus brillant.

Il est pourtant un point de ce traitement qu'il ne faut pas laisser dans l'ombre. Nous voulons parler de la reconstitution du ligament rond après la résection de la tumeur. Ce procédé a donné à notre maître, M. le professeur Tédenat, deux excellents succès. Nous avons déjà rapporté le premier (V. obs. VI). Voici le second :

Observation XVII

Profeseur Tédenat. — (Inédite)

Fibromyome du ligament rond, du poids de 525 gr.— Laparatomie. — Excision de la tumeur. — Reconstitution du ligament. — Guérison.

Julie G..., 38 ans, bien constituée, sans autres antécédents pathologiques, réglée à 13 ans très régulièrement et sans douleurs pendant 3 ou 4 jours chaque mois. Deux accouchements normaux à 23 ans et à 28 ans La malade consulte M. Tédenat, le 8 mai 1891. Depuis un an, un peu de pesanteur pelvienne et quelques douleurs dans l'aine droite, surtout au moment des règles, qui sont plus abondantes et durent deux ou trois jours de plus qu'antérieurement. Mictions plus fréquentes 7 ou 8 fois le jour, 2 ou 3 fois la nuit, mais indolores. L'urine est claire et sans dépôt. La paroi abdominale, ferme mais peu grasse, est soulevée légèrement par une tumeur ovoïde située à droite de la symphyse. L'exploration combinée donne les résultats suivants : vagin souple ; l'utérus est porté en masse un peu à gauche et en arrière. Il est mobile et à sa droite existe une tumeur ovoïde séparable de lui, soit en bas, soit en haut. Cette tumeur est lisse, dure. Son extrémité antérieure et externe adhère un peu à la paroi abdominale juste en arrière de la partie moyenne de l'arcade

crurale. Comme l'utérus n'a pas augmenté de volume, M. Tédenat diagnostique un fibrome ligamenteux. Les annexes gauches peuvent être explorées par le vagin et sont normales. Les annexes droites ne peuvent être atteintes que par le rectum et semblent saines.

18 mai. — Laparotomie. La tumeur occupe la partie externe du ligament rond et s'est développée surtout en dedans ou mieux en avant. Une ligature est placée en arrière, une autre en avant de la tumeur. Section entre les ligatures ; les fils sont noués ensemble après ablation de la tumeur et la continuité du ligament ainsi établie. La portion du ligament réséquée est de 5 centimètres. Réunion immédiate le 29 mai.

La tumeur est un fibromyome typique du poids de 525 grammes, sans kystes avec une mince capsule facile à décoller.

Nous avons tenu à garder cette observation pour la fin, parce qu'elle nous paraît mériter une certaine considération, non pas au point de vue symptomatique, mais au point de vue thérapeutique. Le procédé de suture du ligament rond a été très simple : il a été couronné de succès. Lorsque la tumeur siège très haut comme chez la malade de notre observation VI, on est obligé, pour réunir les deux chefs restants du ligament rond, d'entraîner l'utérus en avant et un peu de côté; mais il ne paraît pas résulter un inconvénient de cette latéroversion opératoire. Les avantages de la reconstitution du ligament rond sont considérables. L'utérus ne perd pas ainsi un soutien qui, s'il n'est pas indispensable à son équilibre, contribue beaucoup à le maintenir dans une position convenable. Nous avons vu en effet, dans nos considérations générales, l'importance du ligament rond. Cette méthode doit donc être appliquée.

Que conclure de notre travail ? Nous avons fouillé un vaste champ d'expérience, remué un sol sur lequel d'autres avaient déjà creusé un sillon. Nous les avons suivis dans cette voie et nous avons pu établir quelques conclusions pratiques. Ces conclusions, les voici :

1° A côté des kystes, on observe dans le ligament rond trois grandes classes de tumeurs : fibromes, fibromyomes, lipomes ;

2° Quoiqu'il n'y ait pas de symptôme pathognomonique de ces tumeurs intrapelviennes ou inguinales, le diagostic peut souvent être fait. Il est rendu très difficile dans les cas de kystes du canal de Nück.

3° Le pronostic est bénin ;

4° Le traitement qui leur convient, c'est l'extirpation suivie de la reconstitution du ligament rond.

La tâche que nous avions entreprise est terminée. Ainsi que nous le disions au début, et nous terminerons par là, nous sommes restés tout le temps sur le terrain de la clinique ; nous avons cherché un but surtout pratique. Si nous avons réussi, nos efforts sont satisfaits. A d'autres de nous guider nous-même dans des considérations plus élevées. Nous les suivrons avec docilité et courage dans le dédale encore bien obscur de la science médicale, mais dont chaque jour un nouveau rayon vient pénétrer l'obscurité.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 6 mai 1898.
Pour le Recteur :
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
L. VIALLETON.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 6 mai 1898.
Le Doyen,
L. VIALLETON.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

AUVARD . . . . . Traité de gynécologie.

BARBET . . . . . Contribution à l'étude du diagnostic différentiel des tumeurs de l'aine. (Th. Paris, 1886.)

BARD . . . . . Anatomie pathologique générale des tumeurs, in *Arch. de physiologie*, 1885.

BEURNIER . . . . Ligaments ronds de l'utérus. (Th. Paris 1886.)

CACHAU . . . . . Kystes du canal de Nück ; kystes du cordon. (Th. Paris 1893.)

CHURCHILL. . . . Maladies des femmes, 4e éd. 1874.

P. DELBET et HÉRESCO. Les fibromyomes du ligament rond. (*Revue de chirurgie*, Paris 1896.)

DUPLAY . . . . . Tumeurs du ligament rond. (*Arch. générales de médecine*, mars 1882).

HALLOPEAU . . . Traité élémentaire de Pathologie générale.

PILLIET et GOSSET. Fibromyomes du ligament rond. (*Bull. Soc. anat.*, 1897.)

POLAILLON. . . . Enorme fibromyome du ligament rond. (*Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie*, 1891.)

POZZI . . . . . Traité de gynécologie.

REBOUL . . . . . Fibromyome kystique du ligament rond et du canal de Nück. (*Bull. Soc. anat.*, juillet 1888.)

RECLUS et DUPLAY. Traité de chirurgie.

ROUSTAN . . . . *Montpellier Médical*, année 1884. Tumeur du ligament rond.

SAPPEY . . . . . Traité d'anatomie humaine.

TESTUT . . . . . Traité d'anatomie humaine.

TILLAUX. . . . . Traité d'anatomie topographique.

HEYDEMANN. . . *Zeitschrift für chirurgie*, 1895.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !